Hommage affectueux de l'auteur

EXTRAIT
DES MÉMOIRES DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE D'OBSERVATION
DE PARIS.

MÉMOIRE

SUR

LES CANCROÏDES CUTANÉS,

Par le docteur LEBERT,
Professeur de clinique médicale à Zurich (Suisse),
Membre titulaire de la Société médicale d'observation,
de la Société de chirurgie et de la Société anatomique de Paris,
Chevalier de la Légion d'honneur, etc.

INTRODUCTION.

J'ai déjà traité avec détail et à différentes reprises le sujet du présent travail. Je me suis occupé pour la première fois en 1845, dans ma *Physiologie pathologique*, des affections de la peau que l'on confondait avec le cancer et auxquelles j'ai donné depuis le nom de *cancroïdes*. Deux années plus tard, en 1847, je publiai à Berlin un volume de mémoires de chirurgie pratique et de physiologie pathologique, dans lequel se trouvaient de nouvelles données sur les mêmes maladies. Mais ce n'est qu'en 1851 que ce sujet, aussi important pour la pathologie que pour la thérapeutique chirurgicale, fut de ma part l'objet d'un travail définitif. Mon *Traité des maladies cancéreuses et des affections confondues avec le cancer* présente, avec les Mémoires de la Société de

chirurgie de Paris, le résumé le plus complet de mes connaissances à cet égard.

Cependant aucun de ces travaux ne contient les pièces justificatives, pour ainsi dire, de mes doctrines générales. C'est pour combler cette lacune que j'ai réuni dans la première partie de ce mémoire quelques unes des observations les plus importantes que j'ai recueillies depuis plus de dix ans sur toutes les affections cutanées dans lesquelles il y avait un travail de nature en apparence cancéreuse. Je les ai fait suivre, dans la seconde partie de l'analyse numérique, de tous les faits de cancroïdes cutanés que j'ai pu recueillir.

Mais avant de rapporter ces observations, je vais résumer rapidement les faits généraux relatifs au cancroïde cutané comparé au cancer.

On sait que j'appelle cancroïde de la peau une maladie qui offre avec le cancer à la fois des différences et des analogies. Mais il existe entre ces deux affections cette différence fondamentale que, dans le cancer, il y a développement d'un tissu nouveau qui se substitue aux tissus normaux au milieu desquels il est déposé, tandis que rien de pareil n'a lieu dans les affections cancroïdes (1).

Nous distinguons dans celles-ci deux formes principales, la forme *hypertrophique* et la forme *ulcéreuse*. Dans la première, il n'y a qu'augmentation, nutrition exagérée, des éléments épidermiques et papillaires qui constituent plus particulièrement la surface de la peau. Dans la forme ulcéreuse, ce sont encore ses éléments

(1) La synonymie du cancroïde de la peau serait assez vaste, si l'on voulait faire l'énumération de toutes les affections non cancéreuses de la peau qui ont été confondues avec le cancer. Si nous faisons abstraction du squirre, de l'encéphaloïde, du cancer mélanique et du fongus hématode, il ne reste comme synonymes principaux du cancroïde que le cancer verruqueux, l'ulcère chancreux du visage, et enfin le cancer épithélial de quelques auteurs allemands.

normaux qui subissent la nécrose moléculaire qui constitue l'ulcération.

La marche envahissante, l'extension de proche en proche, non seulement à la peau ambiante, mais à toutes les parties, molles ou dures sous-jacentes, l'infection des glandes lymphatiques auxquelles aboutissent les vaisseaux lymphatiques de la partie malade, enfin l'extension continuelle de l'ulcération, établissent entre les affections cancroïdes et le cancer des rapports nombreux. Mais comme différences, nous rappellerons la structure épidermique et l'absence des cellules du cancer dans le cancroïde envahissant; l'absence de base squirreuse ou encéphaloïde dans le cancroïde ulcéreux; l'absence des récidives éloignées du siége primitif du mal, après des opérations; l'absence enfin de l'infection de l'économie tout entière. Le cancroïde ne s'étend que localement; il ne se généralise point passé la zone anatomique des tissus voisins et les glandes lymphatiques en connexion directe avec la partie malade. Il est loin toutefois d'être une maladie bénigne. Le cancer est, au contraire, une maladie générale et diathésique, comme nous avons cherché à l'établir ailleurs.

On trouve, dans la structure anatomique, tous les passages entre le cancroïde cutané de l'apparence la plus maligne et des affections dont l'innocuité ne saurait être révoquée en doute. Rien de plus probant, sous ce dernier rapport, que la structure des verrues ordinaires. Nous n'y trouvons en effet autre chose que, sous une enveloppe épidermique commune, un certain nombre de papilles notablement hypertrophiées.

Si nous examinons des tumeurs cancroïdes saillantes et mûriformes et non encore ulcérées, ou si nous prenons les bords durs et verruqueux lorsque l'ulcération s'est déjà établie, nous n'y trouvons autre chose que ces mêmes papilles avec une augmentation notable de vas-

cularité et de nutrition. Dans certains cancroïdes ulcérés, tout le fond de l'ulcère est garni de ces éminences papillaires, et nous y trouvons également, comme principal élément histologique, les cellules d'épiderme, bien conservées dans l'enveloppe concentrique des papilles.

Il y a une forme du cancroïde cutané dans laquelle la couche épidermique superficielle et homogène est le siége principal d'un épaississement notable, dépassant un demi-centimètre et plus d'épaisseur. Dans ces cas, les papilles n'ont pas notablement augmenté de volume.

La forme, de beaucoup la plus essentielle à connaître et la plus grave en même temps, est celle dans laquelle l'hypersécrétion épidermique ne s'est pas bornée aux papilles et à la couche épidermique homogène, mais s'étend dans le tissu du derme lui-même, dont les mailles fibreuses sont peu à peu envahies, ce qui donne à l'ensemble du tissu un aspect jaune pâle, plutôt homogène, grumeleux à la pression et au grattage, infiltré quelquefois d'une substance épaisse qui ressemble au mastic des vitriers et qui, délayée avec de l'eau, se désagrége en feuillets séparés sans émulsionner le liquide. L'épiderme anormal, une fois parvenu dans les lames profondes du derme, peut s'étendre aux muscles, aux os voisins, et être même charrié jusque dans les glandes lymphatiques voisines (1).

(1) Nous avons observé l'infection épidermique des ganglions dans trois états différents. La première forme est celle où un blastème en partie solide, entouré d'un liquide presque transparent, d'un jaune pâle et luisant ou d'un jaune plus terne, et en même temps plus sec, est déposé dans des glandes lymphatiques tuméfiées. La deuxième forme est celle d'un dépôt d'un jaune pâle, homogène, ressemblant beaucoup au tubercule cru et jaune, mais moins grumeleux et plutôt feuilleté, caractère qui ressort surtout lorsqu'on le délaie dans l'eau. Enfin, la troisième forme constitue la phase la plus avancée de l'infection glandulaire épidermique. Ici le dépôt, incapable de vascularisation, excite autour de lui une phlegmasie suppurative, et l'abcès devient bientôt un abcès intarissable.

Ce tissu épidermique, de formation tout à fait pathologique, montre à l'examen microscopique, comme principal élément, des cellules d'épiderme à tous les degrés possibles de formation et d'altération. On y rencontre ces éléments caractéristiques du cancroïde que nous avons décrits sous le nom de *globes concentriques d'épiderme,* et dont on ne peut bien reconnaître au microscope la nature cellulaire et épidermique qu'à l'aide de l'acide acétique.

Tout autour du cancroïde épidermique de certaines régions, de la lèvre inférieure, de la verge et de la vulve surtout, l'hypertrophie s'étend au loin d'une manière diffuse; de là la facilité des récidives si les opérations n'ont point été pratiquées dans une étendue suffisamment grande.

Lorsque le cancroïde est superficiellement ulcéré avec hypertrophie notable de la couche papillaire, les croûtes, qui sont toujours composées d'un mélange d'épiderme, de pus et de matière sébacée, peuvent affecter la forme de cornes. Elles offrent alors une surface externe assez lisse, et représentent par leur surface interne et adhérente l'empreinte des éminences papillaires sous-jacentes.

La surface de l'ulcère, abstraction faite des croûtes, montre également les éléments du pus et de l'épiderme en diverses proportions ; elle est souvent aussi recouverte d'une couche pseudo-membraneuse. Nous avons constaté plusieurs fois l'existence d'infusoires à la surface de ces ulcères.

Les détails que nous venons d'exposer, ressortent davantage dans tout ce qu'ils offrent de caratéristique, si on leur oppose en parallèle un résumé succinct de la structure du véritable cancer cutané, telle qu'elle ressort de l'analyse de vingt de nos observations sur ce sujet.

Le cancer de la peau se compose d'une trame fibreuse ou fibroïde, qui renferme dans ses mailles et interstices une substance molle infiltrée abondamment d'un suc trouble et lactescent. Ce suc est ordinairement d'un blanc jaunâtre, ou couleur sépia si le cancer est mélanique, ce que nous n'avons jamais constaté dans les cancroïdes. Les éléments épidermiques, papillaires et glandulaires de la peau, subissent quelquefois à la superficie du cancer cutané un travail hypertrophique ; mais les caractères que nous venons d'indiquer se retrouveront toujours dans les lames plus profondes.

Autour d'une tumeur cancéreuse primitive, d'autres tumeurs semblables ne tardent pas à se développer et à se trouver disséminées autour du foyer primitif. Son ulcération, qui survient bien plus tôt que celle du cancroïde, offre des bords durs et calleux, un fond sanieux dépourvu des saillies papillaires mentionnées plus haut, et une base de nature franchement cancéreuse.

Dans le cancer cutané le microscope montre (d'après l'analyse microscopique notée avec détail dans dix cas), comme base fibreuse, les fibres pâles et les fibres élastiques de la peau, tandis que toute la substance molle contenue dans ces mailles est composée de cellules cancéreuses des mieux caractérisées.

PREMIÈRE PARTIE.

FAITS PARTICULIERS.

Les observations de cancroïdes cutanés que nous allons exposer dans cette première partie offrent les types des différentes variétés de cette maladie multiple.

Ire OBSERVATION.

Femme de soixante-dix ans ; à cinquante ans petite tumeur à la face; extirpation puis récidive locale, avec ulcère rongeant. A soixante-dix ans, deux applications de pâte arsenicale ; cicatrisation complète de l'ulcère. Santé générale intacte pendant toute la maladie.

La femme Tina, âgée de soixante-dix ans, née à Paris, blanchisseuse, entre à l'hospice de la Salpêtrière, le 13 novembre 1846. Elle a perdu son père à l'âge de soixante-huit ans, d'une maladie des voies urinaires, et sa mère à l'âge de trente et un ans, d'une maladie aiguë. Ses grands parents sont morts très-âgés. Absence d'hérédité cancéreuse. Elle a perdu un frère et une sœur en bas âge, et un autre frère à l'âge de cinquante ans, atteint, d'après les renseignements donnés, de phthisie pulmonaire.

Dans son enfance, elle a eu la petite vérole, la rougeole et plusieurs engorgements glandulaires du cou. Bien portante d'ailleurs jusqu'à dix-sept ans, elle a eu alors un ictère pendant six mois, puis elle resta faible en présentant les symptômes de la chlorose.

Elle n'a été réglée qu'à dix-huit ans, et le fut dès lors régulièrement, à part une suspension momentanée de deux mois, par suite d'une frayeur à dix-huit ans. Les règles ont définitivement cessé à quarante-quatre ans, sans accidents. Elle n'a eu qu'un enfant à trente-deux ans, et depuis sa grossesse, elle a été affectée, aux jambes, de varices qui se sont deux fois ulcérées momentanément. Elle a été sujette à des douleurs rhumatismales, surtout au lumbago, mais jamais de manière à interrompre ses occupations. Enfin à l'âge de cinquante-huit ans, il lui est survenu un catarrhe pulmonaire qui a duré trois mois.

La maladie de la face pour laquelle elle a été reçue à la Salpêtrière remonte à l'âge de cinquante ans. Elle débuta par un petit bouton du volume d'une lentille, au-dessus de l'aile gauche du nez, bouton qui fut quelquefois le siége de picotements et de démangeaisons. Malgré des attouchements irritants et des piqûres volontaires, le mal n'augmenta que lentement. A l'époque où elle fut traitée à l'Hôtel-Dieu pour son catarrhe pulmonaire, huit ans après, la petite tumeur avait le volume d'une pièce de cinq sous. Elle était saillante, superficiellement ulcérée, et une croûte sèche d'un jaune brunâtre recouvrait habituellement le petit ulcère.

Cette petite tumeur fut extirpée à l'Hôtel-Dieu. On en fit l'excision avec le bistouri, et l'on réunit la plaie par la suture; la guérison se fit par première intention. Pendant un an la malade se croyait guérie; mais au bout de ce temps, une petite tumeur, semblable à la première, se développa dans la cicatrice et, un an plus tard, elle avait acquis les mêmes dimensions que la première tumeur. Après avoir continué pendant quelque temps encore à s'accroître, elle finit par s'ulcérer, et l'ulcère, cette fois, faisant bientôt disparaître la tumeur tout entière

s'étendit peu à peu, à partir de la base de l'aile du nez du côté gauche, en haut vers la paupière inférieure, et latéralement du côté de la joue. La suppuration n'était pas très abondante, et, à part les démangeaisons et les picotements, les douleurs n'étaient point vives; seulement de loin en loin elles étaient assez fortes pour empêcher la malade de dormir; parfois il y eut de petites hémorrhagies à la surface de l'ulcère qui, du reste, fit des progrès très-lents. Sa santé générale n'a jamais éprouvé la moindre atteinte par suite de ce mal local. Beaucoup de moyens différents ont été conseillés par des médecins et par des empiriques, sans jamais exercer la moindre action favorable sur l'ulcère. C'est dans cet état que la malade fut reçue le 31 août 1846 à l'hospice de la Salpêtrière, où elle était envoyée comme incurable. Elle s'y trouvait depuis plus de deux mois dans la division des incurables, lorsque M. Manec la fit entrer à l'infirmerie, le 15 novembre 1846 (salle Sainte-Anne, nº 12).

Peu de jours après son entrée, la malade avait été prise d'un érysipèle de la face dont elle se rétablit sans qu'il eût exercé d'influence sur l'aspect et les dimensions de l'ulcère, et elle était restée pendant tout l'hiver dans cette salle, sans traitement. C'est le 3 avril qu'on lui fit la première application de la pâte arsenicale (1). Elle fut appliquée sur la moitié inférieure seulement de l'ulcère et recouverte ensuite d'un morceau d'amadou. En bornant ainsi l'étendue de cette application, on est à l'abri des accidents d'un empoisonnement qui serait à redouter par l'emploi de la pâte arsenicale sur une trop grande surface. Comme je n'ai pris l'observation de la

(1) Celle dont se sert M. Manec est composée de deux parties d'arsenic blanc, de cinq parties d'éponge calcinée et de dix parties de cinabre. Ce mélange est délayé avec un peu d'eau pour donner à la poudre la consistance d'une pâte molle

malade qu'au moment où la guérison était sur le point de s'achever, je ne puis donner qu'un résumé succinct des symptômes qui accompagnèrent l'emploi de ce remède.

Le jour même de cette première application, les douleurs commencèrent à être assez vives, et il survint un gonflement de la face prenant son point de départ dans les bords de l'ulcère et s'étendant peu à peu à toute la figure; pendant la première nuit les souffrances furent assez vives pour empêcher tout sommeil. Comme les symptômes locaux de l'action de la pâte arsenicale ont quelque ressemblance avec ceux de l'érysipèle, j'ai profité de l'occasion pour questionner la malade sur l'intensité comparative des douleurs produites par l'érysipèle et de celles consécutives à l'action de la pâte. La malade indique les douleurs de l'érysipèle comme peu intenses, lui ayant plutôt donné la sensation d'une forte tension, beaucoup de malaises, de l'assoupissement et une impression analogue à celle de l'ivresse; tandis qu'elle décrit, dans des termes bien plus énergiques, les souffrances produites par le caustique. Les douleurs étaient très vives, tantôt brûlantes, tantôt lancinantes, comme si on lui donnait des coups de canif. Elle frappait des mains, dit-elle, et elle avait beaucoup de peine à s'empêcher de pousser des cris. Pendant quatre à cinq jours, l'enflure augmenta, puis elle diminua, et au bout de dix jours elle avait à peu près disparu. Les douleurs ont été assez fortes pendant neuf jours pour la priver de sommeil, et ce n'est que vers le dixième qu'elles ont notablement diminué, en même temps que la suppuration a commencé à s'établir. En fait de troubles des organes de la digestion, la malade a seulement éprouvé des nausées le lendemain de l'application; mais, ensuite, l'estomac est revenu à ses fonctions normales, et elle n'a point eu de diarrhée.

Au bout de dix sept jours, une partie de la première escarre est tombée, et c'est alors qu'on fit une nouvelle application de la pâte arsenicale sur le reste de l'ulcère qui n'avait point encore été touché. Les symptômes ont été les mêmes qu'après la première application. Ce n'est que vers la fin de mai, que toute l'escarre s'est détachée. Il s'était établi une suppuration abondante, et la plaie, que j'ai souvent vue depuis cette époque, avait un bon aspect, son fond étant couvert de bourgeons charnus de couleur vermeille. Comme l'ulcère avait presque pénétré jusqu'à l'os, il se fit une exfoliation de deux petites esquilles, dont l'une se détacha pendant les premiers jours de juin, et l'autre huit jours plus tard; les fragments osseux étaient irréguliers, minces, de trois à quatre millimètres carrés d'étendue. Ces petits séquestres une fois détachés, la guérison ne se fit pas longtemps attendre, et dans ce moment (28 juin 1847) la cicatrisation est à peu près complète.

État actuel : la malade est d'une forte constitution, elle n'est nullement affaiblie par l'âge. Son intelligence et sa mémoire sont ordinaires. Sa physionomie n'offre rien de remarquable; son teint est bon; ses cheveux et ses sourcils sont gris, ses yeux bruns, ses lèvres assez colorées. Relativement aux conditions hygiéniques dans lesquelles elle a vécu, elle nous apprend que sa chambre était habituellement humide, ce à quoi elle attribue les douleurs de rhumatisme auxquelles elle a été sujette depuis longtemps, et que sa nourriture a toujours été suffisante; elle n'a point subi de privations, ni fait d'excès.

L'état général des fonctions est excellent. L'ulcère de la figure, complétement cicatrisé, est encore par places recouvert de croûtes minces d'épiderme de couleur blanche ou légèrement jaunâtre. La cicatrice est intimement adhérente à l'os. En haut, elle s'étend jusqu'au

rebord inférieur de l'orbite; en dedans, elle occupe la base du nez; et en dehors, elle s'étend d'environ 15 millimètres de largeur sur 9 de hauteur; en bas, elle est située assez près de l'aile du nez qui, par le retrait de la cicatrice, se trouve de ce côté relevée d'environ 8 millimètres au-dessus du niveau de l'opposée; elle n'y éprouve ni douleurs spontanées, ni au toucher. N'oublions pas de noter que la paupière inférieure n'est nullement tiraillée en bas par la cicatrice, et qu'il n'existe aucun engorgement glandulaire ni à la figure ni au cou. Les varices des jambes ne sont pas bien considérables; il n'y existe plus ni engorgement ni ulcère; seulement la peau, d'un rouge brun et parsemée de cicatrices à la partie inférieure des deux jambes, y présente les traces d'anciens ulcères et les altérations particulières que subit la peau dans leur voisinage.

La malade n'a point eu de récidive et n'est pas retournée à l'infirmerie. Ayant pris des renseignements dernièrement (1851) pour savoir ce qu'elle était devenue, je n'ai pas pu avoir de ses nouvelles; comme plus d'un cinquième de la population de la Salpêtrière a succombé au choléra, il est probable qu'elle aura été une des victimes.

Réflexions.

Lorsqu'on connaît la marche du véritable cancer, il est impossible de ne pas être frappé de la différence qui existe entre les phénomènes cliniques observés dans le cas actuel et ceux que l'on constate journellement dans les tumeurs vraiment carcinomateuses. A l'âge de cinquante ans, une petite tumeur apparaît à la figure; ce n'est que par suite d'attouchements irritants fréquents qu'elle augmente de volume, mais assez lentement pour n'atteindre, dans l'espace de huit ans, que la largeur

d'une pièce de cinq sous. A ce moment l'extirpation est pratiquée ; mais au bout d'un an il y a récidive. Comme dans tous les cas de cancroïde, cette récidive est toute locale, elle a lieu sur la place même qui a été primitivement atteinte. Il est très probable qu'on n'avait pas fait une extirpation complète. Depuis ce moment, et dans un espace de temps de plus de dix ans, le mal récidive, fait des progrès et se transforme peu à peu en ulcère rongeant, mais il reste tout à fait local et ses progrès sont assez lents pour que, après une durée aussi longue, deux applications successives de pâte arsenicale suffisent pour en obtenir la cicatrisation complète.

Bien que le mal ait eu une durée totale de vingt ans, aucun engorgement glandulaire n'est survenu dans son voisinage, aucune tumeur secondaire ne s'est développée, et l'état général est resté tout à fait satisfaisant.

Ce fait est intéressant encore sous ce rapport qu'il démontre que l'ulcère chancreux du visage avait eu pour origine, dans ce cas, une tumeur saillante, et que la récidive a débuté aussi par une nouvelle petite tumeur semblable.

L'insuccès d'une extirpation superficielle et le succès complet de l'application énergique de la pâte arsenicale s'expliquent encore parfaitement bien par la structure de cette tumeur. Comme l'affection dans le principe tire son origine d'une hypertrophie des papilles du derme, il faut détruire la base qui les supporte, et même les portions circonvoisines de la peau ; sans cela, le mal revient fatalement, parce qu'on a laissé le germe d'où résulte la continuation du mal primitif.

IIe OBSERVATION.

Femme de quarante-trois ans, atteinte depuis sept ans de tumeurs multiples à la face et au cou; insuccès de traitements divers; applications successives de pâte arsenicale sur les tumeurs; guérison.

La femme Farineau, âgée de quarante-trois ans, cuisinière, née à Beaufort, département de Maine-et-Loire, célibataire, est à Paris depuis 1841. Elle est entrée à l'hospice de la Salpêtrière le 12 août 1846, et s'y trouve salle Sainte-Anne, n° 14, division de M. Manec. C'est là que je l'ai observée pendant tout l'été de 1847.

Sa mère est morte à quarante-trois ans, à la suite de vomissements de sang qu'elle avait eus de temps en temps pendant six ans; elle ne toussait point. Toutefois il est impossible de préciser la nature de la maladie dont ces hémorrhagies étaient un des symptômes. Le père de la malade est mort à cinquante-six ans, après cinq jours de maladie. Les autres ascendants sont morts très âgés. La malade a encore quatre frères, dont trois bien portants; le quatrième, depuis neuf ans sujet à de fréquents catarrhes pulmonaires, a la respiration habituellement courte, ce que la malade attribue à son état de marchand de filasse. Cette femme n'a point été mariée, et n'a jamais eu ni enfants ni fausses couches; elle a été réglée à quinze ans, et toujours assez bien jusque il y a deux ans, époque à laquelle elle a cessé de l'être. Elle n'a point été vaccinée. Pendant son enfance elle était bien portante; elle eut pourtant la rougeole et la petite vérole, sans autres maladies aiguës ou chroniques. Sa santé a été bonne ensuite; mais à l'âge de vingt-six à vingt-sept ans, elle eut des fluxions qui cédèrent toujours à l'emploi des topiques émollients. Enfin à l'âge de trente-deux ans, elle eut une affection intestinale grave, qui ne dura

pourtant que quinze jours, et n'eut aucune suite fâcheuse.

Elle a toujours eu une nourriture saine et suffisante et un logement salubre.

Elle fait remonter le début de sa maladie actuelle à l'âge de trente-six ans. Elle s'aperçut alors qu'elle portait des taches au front et sur le côté gauche du cou, taches du diamètre d'une lentille et d'une teinte rouge pâle. Elle affirme que cette nuance était plus vive chaque fois qu'elle avait ses règles. Peu à peu ces taches devinrent saillantes, sans l'incommoder ; mais comme elle s'en voyait défigurée, elle consulta successivement plusieurs médecins qui prescrivirent des lotions avec de l'eau de son, des bains tièdes, et à l'intérieur : d'abord du sirop antiscorbutique et ensuite du sirop de fumeterre (1). Les deux premières taches, qui plus tard devinrent des petites tumeurs saillantes, se montrèrent, l'une au front et l'autre sur le côté gauche du cou ; la troisième apparut dix-huit mois plus tard au menton, et une quatrième après quelques mois, près de l'angle externe de l'œil gauche. Ensuite un grand nombre de taches suivies de petites tumeurs semblables aux premières se sont successivement montrées au front, à la tempe et au cou. Voyant que son mal augmentait, malgré les divers traitements mis en usage, parmi lesquels nous citerons une cure de bains de mer assez prolongée , elle vint à Paris, pour se faire traiter à l'hôpital Saint-Louis, où elle passa dans quatre services différents. On prit successivement son mal, d'abord pour une affection syphilitique, ce qui fâcha fort la malade, car elle affirme n'avoir jamais eu de maladies vénériennes ; ensuite pour un lupus simple, puis tuberculeux, et enfin pour un *noli me tangere.*

(1) On ne s'étonnera pas que la malade, douée d'une fort bonne mémoire, pût retenir ces mots, lorsqu'on verra plus tard qu'elle sut se rappeler tous les noms que les médecins qui la traitèrent à l'hôpital Saint-Louis donnaient à sa maladie.

Elle fut successivement traitée alors par l'iodure de potassium, le sirop antiscorbutique, l'huile de foie de morue à hautes doses, et enfin l'iodure de fer. La cautérisation des deux tumeurs du front les fit disparaître ; à cela seul se borna l'amélioration obtenue. Sortie de l'hôpital Saint-Louis, elle tomba entre les mains d'un charlatan qui, pendant huit mois, la traita sans résultat satisfaisant. Ayant appris à cette époque que M. Manec avait guéri des maladies semblables, elle vint le consulter à la Salpêtrière au mois de juillet 1846, et entra à l'infirmerie le 12 août suivant.

A son entrée, elle portait deux tumeurs du côté gauche du cou, dont l'une, du volume d'une petite noix, était ulcérée ; l'autre, moins volumineuse, était intacte à sa surface ; une troisième se trouvait à l'angle externe de l'œil gauche, ayant le volume d'une grosse fève ; une quatrième, vers l'angle interne, était ulcérée et large comme une pièce de deux francs ; une cinquième à la tempe droite; enfin une sixième, au menton, du volume d'une pièce d'un franc, était couverte d'une croûte et assez proéminente. Avant de soumettre la malade à un traitement local, M. Manec lui fit prendre pendant trois mois du sirop de Cuisinier.

Le 10 décembre 1846, une première application du caustique fut faite sur la tumeur du côté gauche du cou ; avant l'opération, elle avait le volume d'une pièce de deux francs, était saillante et ulcérée et recouverte d'une croûte brune. A part les démangeaisons, la malade ne souffrait pas. Pendant deux jours, après l'application du caustique, les douleurs étaient tolérables ; mais le troisième jour elles augmentèrent beaucoup, et tout le côté gauche du cou enfla de plus en plus. Depuis lors, les douleurs ont été très vives pendant cinq à six jours ; ensuite, pendant quatre jours, elles furent un peu moins vives et moins continues, et lui permirent de dormir par

moments. A partir du dixième jour, les douleurs ont diminué notablement et le gonflement avait alors presque complétement disparu. Le cinquième et le sixième jour après l'application, elle eut une assez forte diarrhée. Au bout de neuf jours l'escarre tomba, laissant à nu un ulcère creux qui, pansé simplement avec du cérat, n'était complétement cicatrisé que vers la fin de mars, environ trois mois et demi après l'application du caustique. Depuis le seizième jour, les souffrances furent à peu près nulles.

La seconde application fut faite, vers la fin de décembre, sur une tumeur saillante placée du côté droit du cou, à un travers de main au-dessous de l'oreille droite. La plaque de caustique était large comme une pièce d'un franc. La marche des symptômes qui suivirent la cautérisation fut la même que la première fois.

Une troisième application eut lieu le 3 avril, sur la tumeur voisine du coin de l'œil. Elle était ulcérée, large comme une pièce de deux francs, et s'étendait jusqu'au nez. La pâte ne fut mise d'abord que sur sa partie supérieure, et le 6 mai, sur sa moitié inférieure. La première moitié s'était cicatrisée dès le commencement de juin.

La dernière application fut faite le 17 juin. Nous avons pu la suivre de près, et nous dirons plus loin tout ce qui s'est passé depuis lors.

La malade a toute l'apparence d'une forte et vigoureuse constitution ; elle est douée d'une intelligence ordinaire et d'un jugement médiocre, mais d'une mémoire bien au-dessus de la moyenne. Son front est assez large, ses cheveux et sourcils sont châtains et grisonnants, ses yeux bleus, ses traits gros, son teint brun. L'aspect de la face est déformé par la maladie ; le menton rond, les lèvres larges et épaisses, la bouche grande. Cette femme est d'une taille ordinaire, d'un embonpoint moyen, d'une charpente osseuse et musculaire forte.

Sur le front, nombreuses petites plaques rouges et saillantes d'une étendue variable, entre 2 à 3 et 7 à 8 millimètres, et faisant une légère saillie au-dessus du niveau de la peau, qui est saine au pourtour. Ces plaques sont d'une consistance élastique et d'une teinte rougeâtre; l'épiderme qui les recouvre est rugueux et écailleux, sans inflammation à leur base. On compte sur le front une quinzaine de ces tumeurs. A la tempe droite, on en voit une du volume d'une pièce d'un franc, faisant saillie de 4 à 5 millimètres. Son épiderme est par places soulevé par un peu de sérosité limpide, et le reste de sa surface est recouvert d'une croûte brunâtre qui, détachée, montre sur sa face adhérente plusieurs petites concavités remplies d'une exsudation purulente, et des groupes papillaires dans lesquels on reconnaît des papilles de la peau, hypertrophiées et vivement injectées, et dont un certain nombre est comme entouré d'un enduit épidermique commun. Sur le milieu du menton se trouve une plaque en tout semblable pour les dimensions, mais sur laquelle on reconnaît beaucoup mieux, à la loupe, les papilles nettement séparées. Nous dirons dès à présent que l'examen anatomique et microscopique de parcelles enlevées à ces tumeurs a mis hors de doute leur nature hypertrophique et papillaire.

Au-dessous de l'oreille droite se voit aussi une tumeur convexe du volume d'une noisette, rouge, molle, indolente, recouverte à son sommet d'une croûte mince d'épiderme. La paupière inférieure gauche est tiraillée du côté du nez et légèrement renversée en dehors par suite de la cicatrisation de la place qu'occupait une des tumeurs. Sur le côté gauche du nez existe encore un ulcère, suite de la dernière application du caustique, de 8 millimètres de largeur sur 4 à 5 de hauteur. Tout le côté droit de l'aile du nez est occupé par une tumeur profondément ulcérée à forme irrégulière, de 12 milli-

mètres de longueur sur 7 à 8 de largeur et envoyant un petit prolongement de quelques millimètres d'étendue vers le milieu du dos du nez. Tout cet ulcère, débarrassé de sa croûte, montre un fond inégal, granuleux, papillaire et recouvert d'une couche d'exsudation purulente. Sur le côté gauche du cou se voit la cicatrice d'une de ces tumeurs détruite par le caustique.

Toutes les fonctions sont d'ailleurs régulières. Le pouls est à 72; l'appétit est bon, la digestion facile, le ventre indolent, et la respiration régulière. Il y a une selle tous les deux ou trois jours.

Le 17 juin, à neuf heures du matin, M. Manec fait en notre présence l'application de la pâte caustique arsenicale sur l'ulcère du cartilage droit du dos du nez. La croûte est détachée et la plaie nettoyée avec de la charpie trempée dans de l'eau fraîche. Ensuite la pâte est appliquée sur l'ulcère et recouverte d'un morceau d'amadou.

Voici ce qui se passa à la suite de cette application :

Le jour même de l'application du caustique, rien de particulier avant l'après-midi. Il survint alors quelques picotements, puis, vers cinq heures, des douleurs très vives qui ont persisté plus ou moins fortes avec des élancements et un malaise général, pendant dix jours; elles n'avaient totalement disparu que le 30. Pendant ces douleurs, le pouls a peu varié, de 84 à 88, et l'insomnie a été à peu près constante. Il est survenu, une heure environ après l'apparition des douleurs locales, un gonflement érysipélateux de la partie cautérisée, gonflement qui s'est étendu, pendant trois jours, du nez à la joue droite, aux deux paupières, et à la lèvre supérieure, et qui s'est accompagné d'élancements douloureux; il a diminué dès le 20 et avait entièrement cessé le 28. Les urines recueillies trois jours de suite et trois fois par vingt-quatre heures, furent examinées à l'appareil de

Marsh, et six heures après l'application de la pâte, elles contenaient déjà de l'arsenic mais en moindre quantité que douze et vingt heures après; le même jour, au soir, la quantité d'arsenic avait diminué beaucoup, et le lendemain il n'en existait plus de traces dans l'urine. L'escarre de l'aile gauche du nez est enlevée le 28, et on trouve au-dessous un ulcère profond à bords taillés à pic (1).

Pendant ce temps, l'état général de la malade resta satisfaisant, à part un coryza qui avait débuté précédemment. De plus, le 23, six jours par conséquent après l'opération il survint une diarrhée qui ne dura que deux jours (2), et qui s'accompagna d'anorexie et, à son début, de céphalalgie et de courbature; l'arsenic ne fut pas recherché dans les matières fécales.

Dans le courant de l'été, on attaqua successivement les autres tumeurs. Les phénomènes observés alors ont été les mêmes, si ce n'est que l'une de ces applications occasionna la chute d'une partie du cartilage droit du nez, au niveau d'une tumeur qui y avait son siége.

La malade est restée pendant vingt-un mois à l'infirmerie et on est parvenu à détruire successivement toutes les tumeurs. Cette guérison s'est si bien soutenue que, vers la fin de l'été de 1850, il n'y avait pas encore eu la moindre apparence de récidive. M. Roccas, qui était alors interne à l'hospice de la Salpêtrière, a eu la bonté d'examiner cette malade sur ma demande et de me donner sur son compte les renseignements suivants : La santé générale est restée tout à fait bonne, les tumeurs du cou ont complétement disparu et, à leur place, on

(1) Un des effets curieux de cette application de la pâte arsenicale a été que l'ulcère incomplétement cicatrisé du côté gauche du cou s'est de nouveau couvert d'une escarre noirâtre, quoique cette fois le caustique n'y ait pas été appliqué.

(2) Suivant la malade, il en était toujours ainsi après les précédentes applications du caustique.

trouve des cicatrices irrégulières. Au nez, le lobule droit a disparu; le gauche est déformé, et comme étranglé par un sillon transversal. Quelques petits boutons qui ont existé autour de l'œil droit ont guéri spontanément. La paupière inférieure a diminué par la cautérisation ; il existe un ectropion de ce côté, et on voit une bride à l'angle interne. allant inférieurement jusqu'à la base du lobule; il existe enfin plusieurs cicatrices au front.

Réflexions.

La maladie dont nous venons de donner la description a été interprétée d'une manière diverse par les médecins qui l'ont observée. Les uns ont cru avoir affaire à des tubercules syphilitiques ; les autres ont cru reconnaître un lupus tuberculeux. A la Salpêtrière, enfin, on a désigné la maladie sous le nom de tumeurs cancéreuses multiples. Ces divers diagnostics ne me paraissent point exacts. Quant à la cause syphilitique, elle est inadmissible. Sans attacher trop de valeur aux dénégations de la malade sur ce point, nous constatons l'absence de la succession ordinaire des symptômes d'une syphilis constitutionnelle et nous avons vu que le traitement antivénérien avait complétement échoué.

Le terme de lupus tuberculeux n'explique rien. Quant à la nature cancéreuse des tumeurs, tout concourt pour démontrer le néant d'une pareille supposition. La maladie remonte à plus de dix ans; pendant tout ce temps elle est restée bornée à la peau, aucun engorgement glandulaire, aucune altération générale de la santé n'est survenue, et toute la marche de la maladie prouve qu'on a eu affaire à un mal purement local, bien que multiple dans l'organe cutané affecté. La guérison solide et durable parle également en faveur de la nature cancroïde et non cancéreuse des tumeurs. Quant au résutat du traitement,

nous constatons qu'il a fait disparaître toutes les tumeurs ; mais ici pourraient s'élever des contestations sur le choix de la méthode, vu que la pauvre malade a perdu la moitié du nez et en partie une des paupières inférieures. Toutefois, on peut dire en faveur de la destruction par le caustique que ces sortes de tumeurs, qui ont de l'analogie avec la kéloïde, récidivent ordinairement après la simple extirpation, et on peut ajouter que l'autoplastie, aujourd'hui très perfectionnée, est susceptible, en cas pareil, de restaurer les parties perdues par l'action trop profonde du caustique. Même sans ces ressources, la malade est heureuse de s'en tirer avec des difformités, car la marche progressive de sa maladie aurait entraîné de ces ulcères rongeants et envahissants qui constituent la terminaison la plus ordinaire des tumeurs cancroïdes abandonnées à elles-mêmes.

Nous avons décrit l'action immédiate du caustique. Nous avons vu qu'il provoquait des douleurs très vives pendant les premiers jours, un peu moins fortes ensuite, et très incommodes pendant au moins huit à dix jours. Une enflure comme érysipélateuse s'est développée également au début de son action, et a augmenté pendant quatre à cinq jours pour diminuer pendant autant de temps et pour disparaître à partir du neuvième jour. La suppuration s'est établie au bout de dix à douze jours ; l'escarre est tombée au bout de quatre semaines, et la place occupée par la tumeur s'est alors transformée en ulcère simple et s'est cicatrisée après une suppuration plus ou moins prolongée, pendant laquelle le fond de l'ulcère s'est de plus en plus comblé par des bourgeons charnus de bonne nature. Déjà six heures après l'application, on a pu constater un commencement d'absorption arsenicale et même d'élimination, puisque l'appareil de Marsh en a démontré la présence dans les urines. Pendant quarante-huit heures, sa présence a été ainsi constatée.

Au bout de six à sept jours, la malade a eu de la diarrhée, comme après chaque application, et il ne serait pas impossible qu'alors une partie de l'arsenic eût été éliminée par les selles. Il reste deux ordres de recherches cliniques à faire, sous ce rapport : c'est d'examiner pendant dix à douze jours, après chaque application, les selles et les urines pour y chercher l'arsenic et le mercure, le cinabre existant en bien plus forte quantité encore dans la pâte que l'arsenic.

Cette maladie nous paraît avoir été d'une nature bénigne et avoir eu son siége dans la partie superficielle et papillaire du derme, les tumeurs étant constituées par une hypertrophie locale et circonscrite d'un certain nombre de papilles et de leur enduit épidermique.

IIIe OBSERVATION.

Femme de soixante-treize ans atteinte pendant douze ans d'un ulcère cancroïde de la face; guérison par l'application de la pâte arsenicale en 1842, *sans récidive du mal local; mort par le choléra en* 1850.

La femme Parisse, âgée de soixante-treize ans, a toujours joui d'une bonne santé, à part la maladie locale dont nous allons parler. Douée d'une intelligence médiocre ou plutôt d'un affaiblissement des facultés intellectuelles par suite de l'âge, elle ne peut donner de renseignements sur la santé de sa famille.

Pendant son enfance la malade a eu plusieurs maladies aiguës dont elle ne peut bien rendre compte. Absence de scrofules et de toute trace de cette affection.

Réglée à l'âge de douze ans sans éprouver aucune altération dans sa santé, elle s'est mariée à l'âge de vingt-cinq ans, et elle a eu six enfants, le dernier dans sa

trente-sixième année. Depuis cette époque elle a cessé d'être menstruée.

Nous avons recueilli l'observation de cette malade dans l'été de 1847, M. Manec nous ayant appris qu'il l'avait guérie. La femme Parisse l'était complétement alors depuis plusieurs années. Quinze ans auparavant, elle s'était aperçue qu'elle portait une petite verrue du volume d'une lentille environ sur le milieu de l'aile droite du nez. Elle fit plusieurs tentatives pour arracher la petite tumeur sans cependant y réussir ; et bien que ces attouchements ne fissent qu'irriter la verrue, elle ne les continua pas moins. Il en résulta que, du volume d'une petite lentille, la grosseur passa peu à peu à celui d'un pois, et commença à s'ulcérer à la surface. Une croûte très mince recouvrit d'abord une érosion tout à fait superficielle. Ne pouvant pas faire disparaître la tumeur, la malade arracha fréquemment ces croûtes, et malgré ces manœuvres, la marche du mal fut lente, mais l'ulcère devint plus profond. Il fit disparaître d'abord en totalité la petite tumeur qui lui avait servi de base, et il envahit ensuite une bonne partie de l'aile du nez, et s'étendit en haut vers la partie inférieure et interne de la paupière. Beaucoup de moyens furent alors tentés pour obtenir la cicatrisation, mais tout échoua, et un ulcère rongeant et envahissant s'établit sur une vaste surface entre la joue, la paupière inférieure et le côté droit du nez.

Après dix ans de durée de cette maladie qui affectait encore une marche progressive, la femme Parisse fut déclarée incurable par les médecins, et on obtint ainsi son admission à l'hospice de la Salpêtrière. C'est en 1842 qu'elle y entra. Placée d'abord à l'*Ange-Gardien* parmi les incurables, elle y passa quelques mois sans subir aucun traitement. Ce n'est que par hasard que M. Manec la vit et jugea son mal susceptible d'être guéri.

Envoyée alors à l'infirmerie, elle y resta six mois, pendant lesquels M. Manec détruisit successivement, avec sa pâte arsenicale, toutes les parties atteintes d'ulcération. Il n'appliqua à la fois son caustique que sur une étendue de 1 centimètre à 15 millimètres, en laissant au moins quinze jours d'intervalle entre deux applications. Je n'ai pas de notes exactes sur le nombre des cautérisations qui furent pratiquées, mais je crois me rappeler qu'elles furent au nombre de quatre ou cinq. Les souffrances, pendant la durée du traitement, furent assez vives, telles, du reste, que nous les avons décrites avec détail dans les précédentes observations. Pendant une de ces cautérisations, M. Manec rechercha la présence de l'arsenic dans les urines et il dit l'avoir retrouvé dès le premier jour, puis pendant huit jours consécutifs. La marche du traitement n'offrit d'ailleurs rien de particulier, mais le résultat fut on ne peut plus satisfaisant.

Lorsque j'ai examiné la malade en 1847, elle était guérie complétement depuis quatre ans. Une cicatrice de 4 centimètres de longueur sur 1 centimètre dans sa plus grande largeur, s'étendait de la paupière inférieure droite à la partie inférieure du nez de ce côté. La paupière, renversée en dehors, était le siége d'un ectropion qui, du reste, n'incommodait pas beaucoup la malade. La surface de la cicatrice était lisse, rougeâtre, légèrement ridée et froncée sur les bords. D'après ce que m'a dit M. Manec, cette cicatrice s'était notablement rétractée depuis l'opération. Aucune dureté n'existait autour de la cicatrice; aucun engorgement glandulaire ni à la figure ni au cou.

L'état général de la santé était on ne peut plus satisfaisant. Cette femme avait un embonpoint médiocre et aussi bonne mine que peuvent l'avoir les femmes de son âge. Elle avait bon appétit, des garde-robes régulières, ne toussait point, n'avait pas la respiration gênée, et

il fut facile, non seulement de constater l'absence de dépérissement et de toute infection cancéreuse, mais de se convaincre en même temps que sa santé était aussi bonne que son âge pouvait le comporter.

En 1850, M. Roccas a pu me procurer de nouveaux renseignements sur le sort de cette femme. Elle n'a point eu de récidive, et la cicatrice ne s'était même jamais érodée. En juin 1849, à l'époque où le choléra faisait tant de ravages à la Salpêtrière, notre malade a eu une attaque de choléra.

Réflexions.

Ce cas est un des exemples les plus instructifs pour la marche et la curabilité du cancroïde de la face. Une femme bien portante s'aperçoit à l'âge de cinquante-cinq ou de cinquante-six ans qu'elle porte une tumeur verruqueuse au nez ; elle fait des tentatives pour l'arracher et ne cesse de l'irriter par des attouchements irritants. La tumeur grandit et se transforme en ulcère. Ici nous avons un premier point intéressant à signaler, c'est une tumeur verruqueuse comme origine des ulcères même les plus étendus de la face. Nous ne prétendons pas que cette origine soit constante, mais bien certainement elle existe souvent là où la marche ultérieure de la maladie ne ferait point soupçonner ce point de départ. Nous avons sous les yeux une observation recueillie à la même époque à la Salpêtrière qui a trait à une femme de soixante-trois ans, atteinte d'un ulcère cancroïde des plus étendus de la face. Les deux yeux avaient disparu et étaient remplacés par des cavités rougeâtres, le nez était presque en totalité rongé par l'ulcère, il n'en existait que la pointe qui était racornie ; les bords de ce vaste ulcère, légèrement indurés, étaient parcourus par de petites veines saillantes. Eh bien ! cet ulcère si étendu avait

débuté quinze ans auparavant, sur le milieu du dos du nez par une petite tumeur saillante qui est devenue douloureuse, et qui s'est enflammée à la suite d'un coup qu'un enfant, qu'elle tenait dans ses bras, lui avait donné sur la tumeur. Pendant huit à neuf ans, une ulcération superficielle détruisit d'abord la petite tumeur, envahit ensuite son proche voisinage, et plus tard, lorsque le bord palpébral avait été atteint, la marche envahissante de l'ulcère fit successivement les ravages que nous avons signalés. Pendant les deux dernières années seulement, sa tumeur devint douloureuse et la suppuration abondante; la santé générale cependant est restée bonne.

Nous insistons de nouveau sur la marche de la maladie de la femme Parisse. Pendant dix ans, le mal fait des progrès incessants et pourtant il reste tout à fait local. Les médecins déclarent le mal incurable, on l'envoie à la Salpêtrière, et cependant M. Manec obtient une guérison complète qui ne se dément plus jusqu'à la mort, survenue sept ans plus tard. Tout concourt à prouver que pendant tout le temps que persista l'ulcère, il était un mal purement local et en aucune façon diathésique. Quant à sa malignité, nous avons vu qu'elle n'était que relative : elle existait pour les médecins qui n'avaient pu le guérir, tandis qu'elle disparaissait devant un traitement énergique et rationnel. C'est une nouvelle preuve que les termes de *bénignité* et de *malignité* sont impropres et capables plutôt de conduire à une regrettable confusion qu'à servir de principe de classification.

IVe OBSERVATION.

Femme de soixante-treize ans; cancroïde de la paupière inférieure dès l'âge de trente-sept ans; marche lente pendant quatorze ans, ulcération, accroissement végétant notable de la tumeur. Guérison complète et durable par la pâte arsenicale de M. Manec (1).

La femme Baivier, née Poitevin, se trouvait à la Salpêtrière, lorsque je l'ai examinée (14 mai 1847), dans la salle Sainte-Valère, n° 13, division des incurables. Elle était âgée de soixante-treize ans, née dans le département de la Charente-Inférieure, à Paris depuis vingt-six ans. Elle avait toujours été couturière.

Les renseignements qu'elle donne sur la santé de ses parents sont très incomplets. Elle n'a pas le souvenir d'avoir eu des maladies d'enfance. Les règles ont paru pour la première fois à l'âge de dix-sept ans, et ont cessé à cinquante-deux ans. Elle ne donne pas non plus de renseignements satisfaisants sur la manière dont la menstruation s'est établie. A l'âge de vingt-six et de vingt-sept ans, elle a eu plusieurs pertes utérines qui ont duré quelques jours, sans être fort abondantes; elles ne l'ont empêchée chaque fois, que pendant bien peu de jours, de vaquer à ses occupations habituelles. Mariée à vingt-trois ans, elle n'a eu ni enfants ni fausses couches. Interrogée avec soin sur l'existence antérieure de maladies vénériennes, elle ne donne à ce sujet que des renseignements négatifs, et il résulte de l'ensemble de l'interro-

(1) Nous ne pouvons donner cette observation que d'une manière incomplète. Comme dans le cas précédent, la malade ne se rappelait plus avec précision les antécédents de sa santé que pour ce qui avait rapport à son mal local. Aussi ce fait n'est-il que le résumé de l'interrogatoire soigneusement fait de cette femme, que je n'ai point observée avant sa guérison.

gatoire qu'en réalité la malade paraît avoir joui habituellement d'une bonne santé.

A l'âge de trente-six ans, la malade s'aperçut, pour la première fois, qu'elle portait un petit bouton, une espèce de poireau à la paupière inférieure gauche. Ce bouton, qui faisait saillie au-dessus de la peau, ressemblait, d'après la malade, à une verrue; seulement, dit-elle, il était plus rouge que les verrues ordinaires. Comme elle n'en souffrait pas, elle ne s'en préoccupa point autrement, et n'y toucha guère. Aussi pendant quatorze ans la marche de la petite tumeur était très lente, et au bout de ce temps, elle n'avait encore acquis que le volume d'une lentille. C'est à cette époque qu'elle augmenta un peu, ce qui engagea la malade à la faire cautériser. Il s'ensuivit que la petite tumeur s'ulcéra, mais superficiellement; l'érosion était habituellement recouverte d'une croûte sèche. Au total, la malade n'en éprouvait pas grande gêne; ce n'est qu'après la cessation des menstrues, depuis sa cinquante-troisième année, que l'accroissement de la tumeur fut plus sensible, et encore la marche était tellement lente, que la malade arriva à soixante-cinq ans, sans éprouver vraiment ni gêne ni douleur par cette tumeur.

Entre l'âge de soixante-cinq et soixante-dix ans, celle-ci devint beaucoup plus volumineuse, et des végétations multiples, verruqueuses et papillaires, non seulement envahissent la paupière inférieure en totalité, mais finissent par recouvrir toute la région de l'œil qui en fut complétement caché. Cette masse n'était que partiellement ulcérée et recouverte dans ces endroits de croûtes jaunes et minces. Les détails que nous avons sur cette malade nous ont été fournis en partie par M. Manec, en partie par la malade, et complétés par le portrait de la malade que cet habile chirurgien fit faire avant d'entreprendre l'opération.

A l'âge de soixante-dix ans, la malade, atteinte de ce cancroïde si étendu, alla consulter M. Lisfranc, qui ne voulut entreprendre aucun traitement et l'envoya comme incurable à la Salpêtrière. C'est là que M. Manec jugea son mal susceptible d'une guérison complète, et commença le traitement au mois de juillet 1844. Trois applications de pâte arsenicale furent faites sur la tumeur, à dix jours de distance les unes des autres. Pendant tout ce temps, la malade souffrit beaucoup de l'action du caustique. Au bout de deux mois, le mal avait déjà en majeure partie disparu, et à sa place il n'y avait plus qu'une profonde ulcération, résultant de l'application des caustiques, et recouverte de bonnes granulations. Trois mois après le début du traitement, la cicatrisation était complète.

Depuis cette époque la malade s'est toujours parfaitement bien portée. La paupière inférieure est en majeure partie détruite ; elle est le siége d'une cicatrice solide, mince, lisse et rose. L'œil de ce côté est conservé, mais la cornée est le siége d'un staphylôme opaque. Nulle part nous ne découvrons ni engorgement glandulaire, ni tumeur, ni rien qui indiquerait l'existence d'une affection cancéreuse.

J'ai pu suivre cette malade pendant quelque temps encore, et je puis affirmer que pendant quatre ans au moins la guérison ne s'est pas démentie.

Réflexions.

Nous avons ici encore sous les yeux un exemple fort curieux d'une affection cancroïde à marche extrêmement lente, et qui, après avoir existé pendant trente-quatre ans, était encore restée un mal simplement local. L'origine verruqueuse, ici encore, a été mise hors de doute. Ce n'est qu'après une durée de près de trente ans, que la

maladie prend un accroissement assez fort pour devenir un mal réellement inquiétant, et près de cinq ans se passent de nouveau sans que la malade réclame des secours sérieux. Elle s'adresse alors à un chirurgien qui certes ne reculait pas devant les opérations, et ici nous constatons de nouveau tout ce qu'il y a de fâcheux dans l'influence des fausses doctrines. Ce chirurgien, prenant le mal pour un cancer, le déclare incurable. On se résigne donc à laisser marcher la maladie qui, abandonnée à elle-même, envahit l'œil et toute la région palpébrale, en détruisant la vision. M. Manec visitant la salle des incurables pour y découvrir des malades susceptibles encore de guérison, voit cette femme, la fait entrer à l'infirmerie, la guérit ; et au bout de plusieurs années encore, je constate la validité de ce succès.

De tels faits donnent le coup de grâce à la doctrine et aux principes de classification basés sur la nature bénigne ou maligne de ces maladies.

Ve OBSERVATION.

Homme de quarante-sept ans, atteint depuis six ans d'une tumeur de la paupière inférieure ; irritation multipliée de la tumeur. Extirpation de la paupière tout entière ; structure fibro-plastique et papillaire de la tumeur ; guérison.

Un homme âgé de quarante-sept ans, d'une bonne constitution, ayant une figure rouge un peu bourgeonnée, a toujours joui d'une bonne santé. Il ne peut donner de renseignements précis sur les maladies de son enfance, et affirme n'avoir jamais eu de maladie qui l'ait obligé à garder le lit plusieurs jours de suite. Cet homme, d'une intelligence assez bornée, ne sait point donner de renseignements sur la santé de ses parents.

En 1841, six ans avant le moment où je l'ai observé

à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. Velpeau, ce malade commença à s'apercevoir qu'il portait un petit bouton du volume d'une petite lentille sur le milieu de la paupière inférieure droite. Pendant trois ans, ce bouton ne lui fit aucun mal; cependant il augmenta de volume et atteignit peu à peu celui d'un petit pois. Inquiet alors de voir cette tumeur s'accroître, cet homme consulta un chirurgien qui, voyant la petite tumeur présenter une base assez étroite, la lia avec un fil de soie. Au bout de quelques jours la tumeur tomba, mais dès ce moment la base s'enflamma et devint le siége d'un suintement purulent habituel. Il y éprouva aussi à cette époque des élancements et des démangeaisons. Mais bientôt cette inflammation se calma, et à la place qu'avait occupée la tumeur, il se forma une croûte brune et mince qui se détachait de temps en temps, et que plus souvent encore le malade arrachait lui-même.

C'est alors que cet homme commença à s'inquiéter et consulta de nouveau. Un chirurgien lui fit à plusieurs reprises des cautérisations avec un crayon (probablement de nitrate d'argent). Cependant l'ulcère ne fit que s'agrandir et envahit peu à peu la paupière inférieure dans toute son étendue. Le malade nous fit de lui-même la remarque que chaque fois que la croûte était tombée, l'ulcère paraissait recouvert d'une quantité de petits boutons rouges et allongés (des papilles). Les souffrances étaient à peu près nulles; le malade avait cessé depuis longtemps tout attouchement irritant.

Lorsque cet homme entra dans le service de M. Velpeau, au mois de mars 1847, il présentait tous les signes généraux d'une bonne santé. En l'interrogeant sur ses principales fonctions, et en l'explorant avec soin, nous ne découvrîmes, en effet, en dehors du mal local, ni altérations locales, ni troubles fonctionnels.

Quant à la maladie de la paupière inférieure, nous

trouvâmes celle du côté droit tellement envahie par le cancroïde que, de toutes parts, soit du côté du rebord orbitaire, soit vers le bord palpébral, il restait à peine un liséré d'un millimètre de substance saine de la peau de la paupière. Tout le reste était recouvert d'une croûte d'un jaune brunâtre, légèrement rugueuse à la surface, mais passablement adhérente, de sorte que nous ne fîmes aucun effort pour l'enlever.

Après avoir constaté qu'il n'y avait pas de causes générales saisissables et que le mal n'était pas sous l'influence de la syphilis constitutionnelle, M. Velpeau se décida à en faire l'extirpation.

La tumeur, saisie avec une érigne, est soulevée et toute la paupière inférieure est enlevée au moyen d'une incision semi-lunaire qui en circonscrit la base. La plaie est recouverte de charpie que l'on fixe ensuite au moyen de bandelettes de diachylon. En peu de temps elle se couvre de bonnes granulations, et ne tarde pas à se cicatriser. M. Velpeau avait d'abord eu l'intention de remplacer la paupière au moyen de la blépharoplastie. Cependant la guérison eut lieu avec si peu de difformité que cette seconde opération ne parut point nécessaire. Au bout de six semaines, le malade quitta l'hôpital dans un état très satisfaisant. Nous n'avons pas pu le suivre ultérieurement, et nous ne pouvons par conséquent savoir jusqu'à quel point cette guérison s'est soutenue. Nous rapportons cette observation principalement à cause des détails remarquables de structure que nous a révélés l'examen de cette pièce, et que nous avons ultérieurement retrouvés les mêmes dans deux cas semblables de cancroïde de la paupière inférieure.

Description de la pièce enlevée par l'opération. — Nous enlevons d'abord la croûte qui adhère à la surface du cancroïde au moyen du pus desséché, qui, lorsqu'on exerce des tiraillements sur cette croûte, offre un aspect filamen-

teux avant de se rompre. Cette croûte a environ un millimètre d'épaisseur ; elle est entièrement formée de pus et d'épiderme desséché. La conjonctive palpébrale n'est pas malade ; les glandes de Meïbomius, seules, paraissent un peu engorgées. Il est facile de se convaincre par la dissection que le mal ne dépasse point l'épaisseur du derme, dont les lames profondes mêmes sont saines ; nous dirons de suite ici que, ni à l'œil nu ni au microscope, nous n'y avons trouvé les éléments du cancer.

La surface du cancroïde, débarrassée de la croûte et du pus concrété, montre à l'œil nu et à la loupe une multitude de petites saillies cylindriques arrondies au bout, en forme de boudin, ayant de 1 à 2 millimètres de longueur sur un demi-millimètre de largeur. Elles ressemblent beaucoup aux papilles hypertrophiées de la peau que l'on trouve dans le cancroïde papillaire des autres régions ; cependant elles sont plus molles et plus volumineuses. On voit des vaisseaux se ramifier jusqu'au sommet et dans quelques unes de ces papilles, soumises à l'examen microscopique, on peut reconnaître une petite veine, une artériole, et un réseau capillaire intermédiaire. La consistance de ces papilles est assez élastique ; cependant il n'est pas très difficile de les déchirer avec des aiguilles et de les écraser entre deux lames de verre.

En examinant cette substance avec de forts grossissements microscopiques, de 500 diamètres et au delà, nous trouvons toute la substance composée de corps fusiformes très allongés de $0^{mm},02$ à $0^{mm},03$ de longueur, et offrant tout à fait les caractères des éléments fibro-plastiques, dont nous constatons aussi les noyaux caractéristiques allongés, elliptiques, de $0^{mm},012$ à $0^{mm},015$ de longueur sur $0^{mm},005$ de largeur, et renfermant un à deux nucléoles punctiformes. Dans quelques endroits, le tissu fibro-plastique est remplacé par des fibres nettes et distinctes. Nulle part ces petites tumeurs ne montrent

d'enduit épidermique à leur surface, et les feuillets d'épiderme qui se trouvent mêlés à la préparation proviennent de la couche épidermique superficielle.

Réflexions.

Ayant perdu de vue ce malade après l'opération, nous n'avons pas la prétention de citer ce fait comme un exemple de guérison bien complète de cancroïde. Toutefois la marche de la maladie montre des différences on ne peut plus marquées avec celle du vrai cancer.

Un bouton apparaît à la paupière. Pendant trois ans, il offre l'apparence d'une petite verrue, puis on fait une tentative imprudente et incomplète pour la faire disparaître, on y réussit incomplétement et la base de la tumeur s'enflamme. L'ulcération survient; pendant trois autres années de marche progressive, et après six ans de durée totale, ce mal reste encore localisé à la paupière inférieure, et n'a point dépassé l'épaisseur du derme; il occupe une surface du diamètre d'un centimètre à peine. On constate l'absence de tout engorgement glandulaire circonvoisin, l'absence de toute souffrance locale, enfin un état très satisfaisant de la santé générale.

Sous le rapport histologique, nous rencontrons ici un fait bien curieux et qui n'a pas été signalé jusqu'à ce jour par d'autres observateurs, savoir : l'existence d'une hypertrophie papillaire de la peau dans laquelle, au lieu de trouver, comme élément dominant, les cellules et les feuillets de l'épiderme, nous ne rencontrons que des éléments fibreux et fibro-plastiques. L'hypertrophie des papilles dans ce cas avait porté principalement sur l'élément central fibreux et dermatique, tandis qu'habituellement c'est l'élément périphérique et épidermique des papilles qui subit surtout ce travail hypertrophique. Dans trois cas de cancroïde papillaire de la paupière in-

férieure que j'ai eu occasion de disséquer, j'ai rencontré ces mêmes particularités de structure (1). Je suis à me demander s'il ne faut pas en chercher la cause dans une particularité d'anatomie normale, à savoir : si dans cette région, et dans d'autres peut-être aussi, l'élément fibreux des papilles n'est pas de beaucoup prédominant sur les éléments du fourreau épidermique ?

VIe OBSERVATION (2).

Cancroïde de la paupière ayant envahi l'œil et l'orbite, depuis l'âge de quarante-deux ans, chez un homme de soixante-neuf ans. — Plusieurs opérations successives; extirpation du globe de l'œil. État toujours local de la maladie.

Poilleux, Pierre, âgé de soixante-neuf ans, du Plessis, département de l'Oise, est encore doué actuellement des apparences d'une forte constitution. Il ne peut pas donner de renseignements sur la santé de ses parents. Il n'a pas connaissance que les membres de sa famille aient eu un mal semblable au sien. Quant à lui, sa santé a été généralement bonne ; il a eu, étant enfant, la rougeole et la petite vérole, mais il ne sait à quel âge. Absence de toute affection scrofuleuse. Entre quinze et seize ans, il a eu une fièvre typhoïde dont il a été rétabli au bout d'un mois. Depuis cette époque, il dit avoir été toujours bien portant et robuste. Il a été fabricant de toile pendant vingt-cinq ans, et bien que pendant ce temps il a

(1) J'ai observé en 1852 un mal en tout semblable, situé sur l'aile du nez.

(2) C'est à l'obligeance de M. le docteur Sichel que je dois d'avoir pu recueillir cette intéressante observation, et c'est lui qui m'a fourni tous les détails relatifs aux opérations qui ont été pratiquées. Je saisis cette occasion pour recommander l'important ouvrage, si riche de faits cliniques, que publie M. le docteur Sichel, sous le titre d'*Iconographie ophthalmologique, ou description et figures coloriées des maladies de l'organe de la vue*, Paris, 1853 et 1854.

travaillé dans une espèce de cave, il n'a pas eu de maladie sérieuse. Absence de rhumatisme ; nourriture toujours suffisante et logement sec, bien aéré, exposé au soleil pendant une partie de la journée.

A l'âge de quarante ans, il abandonna son état, mais déjà à cette époque il souffrait un peu des yeux ; il avait souvent du larmoiement. Depuis l'âge de quarante ans, le malade n'a cependant point vécu dans l'oisiveté. Aidant son fils, auquel il avait cédé son métier, il s'est occupé aussi de travaux de culture.

A l'âge de quarante-deux ans, il a commencé à s'apercevoir qu'il portait sur la paupière inférieure droite un petit bouton ressemblant à une verrue, et dépassant à peine le volume d'une lentille. Il grattait souvent cette petite excroissance, qui par moment était le siége de démangeaisons. Au bout de peu de mois, la surface s'ulcéra, et des petites croûtes se formèrent et se renouvelèrent tous les sept à huit jours, sans compter que le malade les arrachait de temps en temps. La tumeur, située près de l'angle interne de l'œil, avait acquis au bout de six mois le volume d'un petit pois ; son pourtour s'était un peu vascularisé ; le malade dit qu'on voyait de petites veines tout autour. Le larmoiement était devenu plus fréquent, surtout lorsqu'il faisait du soleil ou du vent.

La petite tumeur a insensiblement grandi, et au bout de quatre ans environ, elle avait acquis le volume d'un gros pois. A cette époque, un oculiste ambulant la lui enleva avec le bistouri, et au bout de peu de jours la plaie était cicatrisée.

Dix-huit mois plus tard, une récidive eut lieu sur place, et dans la cicatrice même il apparut un petit bouton en tout semblable au premier. Son accroissement fut encore lent, et quatre ans après l'extirpation, il n'avait encore atteint que le volume d'un petit pois, en s'étendant en haut vers le bord libre de l'œil. Peu à peu même,

elle se rapprocha du globe de l'œil et contracta quelques adhérences avec la surface de cet organe. La durée totale de la maladie avait été à cette époque de dix ans environ, et sa marche envahissante s'était surtout prononcée la cinquième année après la première extirpation.

Inquiet de la tournure que prenait sa maladie, Poilleux vint à Paris en 1834. pour consulter M. Sichel, qui jugea l'extirpation nécessaire. Voici ce que nous trouvons sur l'état du malade à cette époque, et sur l'opération qui a été pratiquée, dans les notes que M. Sichel a eu la bonté de nous communiquer.

« Une tumeur fongueuse, rouge, bilobée, partant de la paupière, s'étend sur toute la moitié interne de la conjonctive scléroticale, envahit la superficie de la cornée, et recouvre les trois quarts inférieurs de cette dernière membrane. En haut et en dedans, cette tumeur envoie un petit prolongement rougeâtre qui va se perdre insensiblement dans la conjonctive palpébrale supérieure. Ce prolongement, large environ d'une ligne, présente un aspect granulé ; en bas, la tumeur se propage jusqu'au tiers interne de la conjonctive palpébrale. Celle-ci est couverte de granulations semblables à celles qui caractérisent le fongus que nous venons de décrire, mais elles sont beaucoup plus aplaties. Au niveau du bord libre de la paupière, et en avant sur la peau même, on remarque un petit tubercule blanchâtre, assez dur. La tumeur tout entière semble formée par un tissu granulé et finement lobulé. Sa consistance est assez ferme; elle paraît plutôt repliée sur la cornée que fortement adhérente à cette dernière membrane, autant que nous en pûmes juger à l'aspect des parties affectées. Nous saisîmes, continue M. Sichel, avec une pince, cette tumeur par son bord externe, et nous exerçâmes quelques tractions afin de la soulever de dessus la cornée; mais il existait des adhérences très étendues. La tumeur avait des racines

dans les deux tiers inférieurs de la cornée. Le tissu fongueux fut déchiré, et le sang commença à couler. Nous ajouterons à ces caractères, que la partie de la cornée envahie par la tumeur est parfaitement saine ; on voit très bien la partie correspondante de l'ouverture pupillaire. Le malade distingue le nombre des doigts qui lui sont présentés. Poilleux n'a jamais éprouvé de douleurs, soit dans la tête, soit dans la tumeur elle-même. Celle-ci n'a jamais fourni d'hémorrhagie. Elle n'est le siége d'aucune sécrétion anormale, à moins que l'on ne considère comme telle une très petite quantité de mucus semblable à celui qui existe également à la surface de la conjonctive palpébrale inférieure. Ce malade sort de l'Hôtel-Dieu, où il a été soumis sans succès à la cautérisation pratiquée avec la créosote par M. Sanson.

» L'opération étant jugée indispensable, elle fut pratiquée le 14 avril 1834. Nous employâmes tour à tour la pince à érignes et la pince à griffes pour fixer la tumeur, mais celle-ci offrit si peu de résistance qu'elle céda à la plus légère traction. Le sang alors s'écoulait en nappe. Nous fûmes donc obligés de renoncer de fixer le fongus ; nous employâmes le bistouri convexe, et nous fîmes porter l'instrument sur la tumeur aussi près que possible de ses adhérences avec la cornée et la sclérotique. A peine enlevée, nous cautérisâmes la plaie avec le nitrate d'argent. Il restait encore dans l'angle interne une petite partie de la tumeur présentant un peu de résistance. Nous l'enlevâmes d'un coup de ciseaux. Le bouton siégeant sur la conjonctive palpébrale inférieure fut également enlevé et profondément cautérisé. La conjonctive saine avait été intéressée au niveau de la partie inférieure et externe de la cornée, il s'écoulait par là une quantité assez considérable de sang fourni sans doute par une artériole. Cette hémorrhagie ne céda qu'à des cautérisations nombreuses.

» Le lendemain, la paupière supérieure est gonflée et

légèrement infiltrée ; l'œil malade est douloureux, la plaie fournit en assez grande abondance un mucus puriforme, et en quelques points l'escarre est fongueuse. Quelques jours après, de nouveaux bourgeons repullulèrent et nécessitèrent une nouvelle ablation. On fit plusieurs cautérisations successives, une entre autres fut si profonde, que l'escarre pénétra la cornée dans toute son épaisseur, et il se forma là une procidence de l'iris. Le milieu de l'œil reprit, d'ailleurs, sa transparence, la vision devint nette, et de tout le mal il ne reste qu'un petit bourgeon fongueux, siégeant à la conjonctive scléroticale au voisinage de la partie inférieure et interne de la cornée. A côté de ce bourgeon, sous l'espace compris entre la partie interne et le grand angle de l'œil, existaient quelques granulations blanchâtres et demi-transparentes ; deux granulations semblables siégeaient à l'union inférieure et externe de la cornée avec la sclérotique et une autre à la partie interne et supérieure de la même membrane.

» Le malade partit dans cet état. Nous pensâmes que l'emploi des cautérisations achèverait la guérison; nous les recommandâmes en insistant beaucoup sur leur nécessité ; et, quelques mois après, nous apprîmes, par une lettre du malade lui-même, que la guérison était presque complète. Quatorze mois s'écoulèrent sans autres nouvelles. Alors Poilleux nous écrivit que l'affection s'était reproduite, et nous témoigna le désir de nous voir. Sur la réponse immédiate, il se rendit à Paris, et se présenta à notre clinique. Le fongus avait atteint un développement énorme. La surface antérieure de l'œil était couverte d'un tissu rouge, granulé, tout à fait semblable à celui que nous avions extirpé, avec cette seule différence qu'il était beaucoup plus élevé, plus épais, et que les granulations étaient plus larges, plus confluentes. Les tubercules de la paupière inférieure avaient un peu

augmenté de volume, et celle-ci d'épaisseur. Elle était comme érodée en quelques points et surtout à la base du tubercule le plus volumineux. Nous pensâmes que l'ablation de cette tumeur n'était plus suffisante, et nous procédâmes à l'extirpation de l'œil, le 28 septembre 1835, en présence du professeur de Walther, de Munich.

» Nous n'entrerons ici dans aucun détail du manuel opératoire : l'œil, le tissu cellulaire qui l'avoisine, la glande lacrymale et la paupière inférieure furent enlevés. Il ne se manifesta aucun accident, soit pendant, soit après l'opération, et ses suites ne nous laissèrent rien à désirer.

» Voici maintenant la description de la pièce pathologique : Le globe oculaire fut partagé en deux hémisphères, l'un antérieur, l'autre postérieur, et l'on reconnut que toutes les parties étaient dans un état parfaitement normal, sauf la procidence de l'iris, dont nous avons parlé, et la dégénérescence de la conjonctive ; la paupière inférieure était également malade. La tumeur fongueuse, aplatie, horizontalement oblongue, épaisse de trois à quatre lignes, recouvre la partie antérieure du globe dans l'étendue de neuf lignes en largeur et de six lignes en hauteur. Son bord supérieur est limité par le bord supérieur de la cornée, et le dépasse même un peu. Ce bord est inégal et comme lobulé, caractère qui appartient d'ailleurs à la tumeur tout entière. La base de celle-ci se confond avec la conjonctive cornéale, à laquelle elle adhère intimement. Sa couleur est jaunâtre, et semblable à celle du tissu morbide dont la paupière inférieure est le siége. Sa surface est inégale, bombée, couverte d'élévations, et sillonnée par des anfractuosités peu profondes. Son tissu, quoique devenu assez consistant sous l'influence de l'alcool dans lequel la pièce est restée plongée, se déchire cependant encore avec assez de facilité pour rappeler cette mollesse qui le caractérisait sur le vivant. La masse fongueuse s'unit inférieurement à la conjonctive

palpébrale dont la surface est le siége d'un tissu granulé, inégal et comme lobulé. L'affection ne s'étend pas en superficie au delà du bord libre de la paupière, la peau qui recouvre celle-ci paraît saine, mais au-dessous on retrouve ce tissu fibreux et comme lardacé. L'intérieur du fongus présente une masse lobulée et partout uniforme, entremêlée de fibres. »

Après cette opération si étendue, la guérison a été complète quant au mal local, et pendant douze ans, il n'y a point eu de récidive. La santé générale avait été bonne dans tout l'intervalle et elle l'est même restée depuis cette époque-là.

C'est en 1847, que le malade s'est aperçu qu'il avait de nouveau un petit bouton vers l'angle interne de l'œil. Plusieurs boutons semblables se sont successivement développés tout autour de l'orbite et dans la région des paupières, et peu à peu tout le pourtour de la cavité a été envahi par des végétations dures et saillantes sur lesquelles nous reviendrons tout à l'heure. A part quelques élancements passagers, que le malade compare à des coups d'épingles, il n'a pas souffert.

C'est en juin 1848 que ces masses ont commencé à s'ulcérer. Un suintement suppuratif s'est établi d'abord vers l'angle interne de l'œil, près du nez ; mais le pus se durcissait promptement en croûtes, qui tombaient de temps en temps pour se renouveler d'une manière incessante. Puis, à la fin de 1848, la suppuration et le travail ulcéreux ont atteint l'ancienne cicatrice de l'extirpation du globe de l'œil. Depuis cette époque la surface ulcérée a fourni de temps en temps de petites hémorrhagies (sept à huit gouttes de sang au plus à la fois), excitées tantôt par des attouchements, tantôt par des quintes de toux, et plusieurs fois par des efforts de garderobe. La suppuration du reste n'a jamais été abondante : ordinairement il ne portait point de pansement pendant

le jour; il garantissait seulement la région orbitaire du contact de l'air.

C'est depuis la fin de 1849 que le mal s'est plus notablement accru. Un bourgeonnement de petites tumeurs saillantes s'est opéré d'une manière plus considérable qu'auparavant tout autour de l'orbite. Des végétations dures, rosées ou d'un rouge plus vif, du volume d'un petit pois et au delà, confluentes ou isolées, se sont peu à peu développées, mais sans faire souffrir le malade. Celui-ci voyant son mal toujours faire des progrès, s'est décidé à revenir à Paris, pour consulter de nouveau M. Sichel. Il y est arrivé le 5 novembre 1850. A ce moment M. Sichel a eu l'obligeance de m'envoyer ce malade pour l'examiner. Il présentait autour de l'orbite et sur l'ancienne cicatrice des excroissances inégales, verruqueuses, avec les caractères que nous venons d'indiquer; elles n'étaient point sensibles au toucher. Il serait difficile de donner une idée exacte de l'ensemble de ces saillies et de ces anfractuosités. Leur consistance était dure, et leur siége dans le derme et à sa surface. J'enlevai avec des ciseaux courbes une des plus grandes végétations, pour m'éclairer sur la nature de ce tissu, et j'arrêtai l'écoulement du sang au moyen d'une serre-fine.

Voici la structure de cette petite tumeur qui présentait tous les caractères d'un cancroïde épidermique et papillaire. Une enveloppe commune d'épiderme d'un millimètre d'épaisseur environ entourait une agglomération de papilles hypertrophiées allongées, cylindriques, résistantes, et l'on pouvait voir avec un faible grossissement microscopique des vaisseaux se répandre dans chacune de ces papilles engorgées. Outre l'enveloppe épidermique commune de toute la petite tumeur, chaque papille était recouverte d'une espèce de fourreau également épidermique. Il fut facile de constater, en employant successivement des grossissements de plus en

plus forts, qu'il y avait là absence de tout élément cancéreux, et que toute la masse était composée d'éléments épidermiques et de ceux qui entrent à l'état normal dans la structure des papilles.

Le malade, nous l'avons dit, ne souffrait point, son état général était bon, ses forces n'avaient pas baissé, il était d'un embonpoint moyen qui, dans le cours de sa longue maladie, n'avait subi aucune atteinte. Aucun engorgement ganglionnaire n'avait existé à la figure ni au cou. Le périoste frontal, au-dessus de l'orbite malade, paraissait légèrement épaissi et formait un relief d'un millimètre environ au-dessus du niveau du côté opposé. La peau et le tissu cellulaire sous-cutané étant mobiles, on pouvait se convaincre que ce léger engorgement appartenait en réalité à la surface de l'os coronal. L'appétit, l'état des garderobes, celui des voies respiratoires et circulatoires n'offraient aucune altération. Le pouls est large, bien développé, à 84. La langue est habituellement couverte d'un léger enduit jaunâtre, mais qui a d'autant moins d'importance que le malade fûme beaucoup.

Le 14 novembre 1850, M. Sichel enleva avec le bistouri les végétations saillantes du pourtour de l'orbite, et, depuis lors, des cautérisations fréquemment répétées avec le nitrate d'argent ont cicatrisé en majeure partie l'ulcération, qui, à l'époque où je vis pour la dernière fois le malade, parut en pleine voie de guérison. Peu de temps après, le malade retourna chez lui dans un état très satisfaisant.

Réflexions.

L'observation, dont nous venons de rapporter les détails, est, sans contredit, une des plus capables de montrer toute la différence qui existe entre le cancer et le cancroïde. Nous voyons, en effet, un homme âgé de

soixante-neuf ans qui, depuis vingt-sept ans, est atteint d'une affection toute locale de la région orbitaire, débutant par un bouton sur la paupière inférieure qui, enlevé par une première opération, revient après l'extirpation. Une nouvelle tumeur envahit bientôt la région de l'œil, et, dix ans après le début de la maladie, elle nécessite l'extirpation du globe de l'œil à la surface duquel elle adhère. Pendant près de douze ans le malade reste guéri, et pendant ces dernières années il y a de nouveau une récidive, mais encore sur place autour de l'ancienne cicatrice, et après plusieurs années seulement le malade vient de nouveau réclamer les secours de la chirurgie. On constate cette fois, anatomiquement, la nature cancroïde et non cancéreuse de la maladie, et l'on peut vérifier que plus de vingt-six ans de durée de cette affection n'ont en aucune façon altéré l'état général de la santé.

Si nous comparons à cette marche celle du véritable cancer de l'œil dont nous avons, dans notre ouvrage sur les maladies cancéreuses, analysé vingt-trois observations, nous trouvons une différence des plus remarquables. Il est rare que la durée totale de cette dernière maladie dépasse trois ans. Non seulement les récidives suivent de près l'opération, mais la propagation locale du mal vers le cerveau et l'infection générale de l'économie tout entière, ne manquent pas de jeter le malade dans le marasme et de le faire succomber, la plupart du temps, après de vives souffrances. Que l'on relise les détails de ce chapitre de mon livre, et à chaque page on sera frappé de la différence fondamentale entre la maladie que je viens de décrire et le vrai cancer de l'œil et de la région orbitaire (1).

De nouveau nous voyons ici la confirmation de ce fait sur lequel nous avons tant de fois insisté, qu'aux diffé-

(1) *Traité pratique des maladies cancéreuses et des affections curables confondues avec le cancer*, Paris, 1851, pag. 840 et suiv.

rences anatomiques marquées et constantes correspondent des différences cliniques non moins appréciables et non moins tranchées.

VIIe OBSERVATION.

Affection d'apparence cancéreuse du cuir chevelu; tumeurs enkystées au début, enflammées par violence extérieure; accroissement considérable longtemps après; ulcération étendue, tumeurs multiples, hémorrhagies fréquentes, usure des os, dépérissement, coma, mort. Lésion tout à fait locale : glandules sébacées hypertrophiées (1).

La femme Rosalie Robin, âgée de soixante-huit ans, épuisée par de longues souffrances à l'époque de son entrée à l'hôpital Saint-Antoine (service de M. Chassaignac, salle Sainte-Marthe, n° 1), paraît avoir joui autrefois d'une bonne constitution. Elle est d'une famille saine ; elle a eu elle-même plusieurs enfants qui vivent et sont bien portants.

A l'âge de vingt-cinq ans, cette femme s'aperçut qu'elle portait au sommet de la tête deux petites tumeurs de la grosseur d'une noisette, indolentes même au toucher, mobiles, molles, dégarnies de cheveux, présentant en un mot tous les caractères des loupes, si fréquentes dans cette région.

A quarante ans, ces tumeurs avaient à peine acquis le volume d'une noix, lorsque la femme Robin fut frappée à la tête par une branche de framboisier, dont une

(1) Cette observation a été recueillie par M. Rouget, interne des hôpitaux, et présentée à la Société de biologie en juillet 1850. La rareté de ce fait, son importance par rapport au sujet de ce travail, m'engagent à reproduire ici en entier l'observation de M. Rouget et à la faire suivre de réflexions, qui n'étaient au fond que le rapport que j'ai fait à cette occasion à la Société de biologie, tant sur le fait en lui-même que sur le résultat de mon examen anatomique et microscopique.

épine pénétra dans une des loupes. Cette ponction accidentelle donna issue à une matière d'un blanc crémeux, peu liquide, semblable à du fromage blanc, au dire de la malade. Les suites de ce léger accident étant négligées, la petite plaie ne se referma pas. La tumeur ne causait toujours aucune douleur, et la femme Robin n'y apportait d'autre soin que de la presser tous les jours et d'en faire sortir quelques parcelles de la matière athéromateuse dont nous avons parlé. La santé générale était du reste excellente.

Cette femme eut un enfant qu'elle nourrit elle-même. Quelques années après, les règles se supprimèrent sans causer d'autres accidents que quelques douleurs lombaires, et pendant dix ans encore la femme Robin continua à jouir d'une santé excellente. Les deux tumeurs toujours indolentes augmentaient lentement de volume : en trente années, elles avaient à peine atteint celui d'un œuf de poule.

A soixante ans, les choses étant déjà dans cet état, Rosalie Robin fait une chute de voiture et tombe sur le sommet de la tête précisément sur le point où étaient situées les deux tumeurs. Une hémorrhagie assez abondante a lieu. Quinze jours après, de vives douleurs, des élancements insupportables surviennent dans les tumeurs, qui s'accroissent rapidement et égalent bientôt le volume du poing. En même temps la petite plaie qui, depuis vingt ans, était restée stationnaire et avait à peine un demi-centimètre de diamètre, s'élargit rapidement. L'ulcération qui en résulte donne lieu presque tous les jours à un écoulement de sang très abondant. La suppuration est aussi très abondante et très fétide. La femme Robin se décide alors à consulter un médecin, qui lui conseille de ne rien tenter pour la guérison de sa maladie.

Cinq ans se passent, pendant lesquels la constitution de la femme Robin s'affaiblit lentement sous l'influence,

tant des hémorrhagies répétées que des élancements et des douleurs violentes, dont les tumeurs sont le siége.

A soixante-cinq ans, une nouvelle exacerbation a lieu dans la maladie. La tumeur recommence à croître et atteint bientôt un volume énorme. L'ulcération, de son côté, fait des progrès, mais plus en surface qu'en profondeur. Enfin, il y a deux ans, en 1848, deux tumeurs nouvelles apparaissent vers l'occiput. Dès le début, elles sont le siége de douleurs violentes; elles s'accroissent rapidement, acquièrent le volume du poing, et rejoignent bientôt la première tumeur, qui n'occupait que le sommet de la tête.

Au commencement de juillet 1850, lorsque la malade, alors âgée de soixante-huit ans, entre à l'hôpital, elle est dans un état d'épuisement profond. La face est d'un jaune de cire, bouffie, légèrement œdématiée, ainsi que les pieds et les mains. La femme Robin mange à peine; elle ne dort plus, tant les douleurs sont violentes. Ses forces sont épuisées; la respiration même se fait difficilement.

La région crânienne est surmontée d'une tumeur énorme qui s'évase vers le haut, et présente assez bien le volume et la forme d'une toque ou d'un turban.

La face supérieure de cette tumeur est largement ulcérée, inégale, bosselée, présentant çà et là des excavations et des anfractuosités. La surface de l'ulcération est d'un gris rougeâtre et saigne très facilement. Quant à la tumeur elle-même, elle est formée de plusieurs bosselures volumineuses, dont quelques unes sont le siége d'une véritable fluctuation.

Pendant le séjour de la malade à l'hôpital, deux hémorrhagies assez abondantes ont lieu par la surface ulcérée. La suppuration est excessivement abondante et très fétide. L'ulcération gagne de plus en plus en profondeur, et ses progrès sont encore accélérés par une

cautérisation avec le crayon de potasse caustique, pratiquée par M. Chassaignac. Les os eux-mêmes, détruits par les progrès de l'ulcération, laissent bientôt apercevoir la dure-mère à nu, et il est facile de constater les battements du cerveau.

Cependant les forces de la malade déclinent de jour en jour ; la respiration est de plus en plus gênée. Bientôt elle tombe dans un assoupissement continuel, et enfin succombe dans un état véritablement comateux.

L'autopsie a lieu le 26 juillet, trente-six heures après la mort.

Tous les viscères sont parfaitement sains, sauf le cerveau qui, dans le point correspondant au fond de l'ulcération, présente une teinte d'un gris verdâtre qui s'étend à toute l'épaisseur de la substance grise.

Les ovaires sont couverts de petits kystes séreux. Un petit corps fibreux, de la grosseur d'un grain de maïs, existe dans la paroi postérieure de l'utérus.

Examen de la tumeur. — Les cinq sixièmes de la tumeur ont disparu ; aux limites de la région qu'elle occupait, il existe seulement une espèce de couronne, constituée par ses débris. La voûte crânienne est presque entièrement à nu. Les os, recouverts seulement d'une couche mince de tissus malades, sont dénudés dans beaucoup de points. Leur surface est érodée, couverte de petites fossettes parcourues elles-mêmes par d'innombrables sillons vermiculaires. Au milieu, une large solution de continuité laisse apercevoir la dure-mère, recouverte en ce point de plaques d'un blanc grisâtre, épaisses à peu près d'un millimètre. A la région frontale existe encore une des bosselures de la masse primitive, présentant très nettement la fluctuation que nous avons signalée : c'est un kyste du volume d'un œuf

entièrement rempli d'une substance gélatiniforme, aréolaire, semblable à de la matière colloïde.

Quant aux portions de la tumeur qui restent encore, ce n'est pas sans étonnement qu'au lieu de matière cancéreuse que l'on s'attendait à y rencontrer, on les trouve constituées par une substance d'aspect singulier; presque entièrement composée de petits grains blanchâtres, pour la plupart de la grosseur d'un grain de chènevis, beaucoup ont à peine le volume d'une tête d'épingle ; quelques uns égalent presque le volume d'une petite noisette. Ce sont de petits kystes logés dans une espèce de gangue amorphe, d'un blanc mat, sèche à la coupe et d'apparence peu vasculaire, à laquelle ils adhèrent si peu, qu'on peut les extraire très facilement avec la pointe du scalpel. On trouve de ces kystes dans toutes les portions de la tumeur et à tous les degrés de développement. Dans certains points, ils paraissent constituer toute la masse ; dans d'autres, ils sont épars au milieu d'une substance finement grenue. Quelques uns de ces petits kystes sont logés, comme dans une alvéole, dans de petites fossettes creusées à la surface des os.

La peau qui recouvre ces débris de tumeur paraît saine en grande partie ; elle est garnie de cheveux et n'adhère pas aux tissus malades, qui, au contraire, font en quelque sorte corps avec les couches subjacentes.

Les kystes renferment tous dans leur intérieur une matière demi liquide, d'apparence caséiforme, qui ne se dissout pas dans l'eau, mais s'y divise à l'infini.

L'examen microscopique nous montre cette matière constituée entièrement par des cellules épidermiques polygonales, en partie déformées et détruites ; mais en grattant les parois du kyste, on obtient de petites masses caséiformes plus consistantes, qui, traitées par l'acide acétique, se résolvent en cellules épidermiques entières et à noyau très évident. Nulle part je n'ai trouvé de cris-

taux de cholestérine. Les parois mêmes des petits kystes paraissent constituées, dans toute leur épaisseur, par des cellules épidermiques. Ces mêmes cellules paraissent être aussi l'élément constituant de la gangue où sont logés les kystes.

J'ai dit que, dans certains points de la tumeur où les kystes étaient moins nombreux, on voyait une substance finement grenue. Examinée à de faibles grossissements, cette substance paraît entièrement composée d'utricules glandulaires pédiculées et réunies en grappe. Il ne m'a pas été possible d'isoler, dans cette masse, le conduit excréteur commun. A de plus forts grossissements, ces utricules montrent, à travers une paroi enkystée, un contenu grenu de cellules probablement épidermiques. Enfin ces mêmes cellules constituent les plaques grisâtres qui recouvrent la face externe de la dure-mère dénudée.

Réflexions.

Nous voyons ici une femme arrivée à l'âge de soixante-huit ans, qui offre tous les signes d'une cachexie fort avancée et qui présente au cuir chevelu une vaste tumeur largement ulcérée au centre, au point que les battements du cerveau sont distinctement aperçus au fond de l'ulcère. Au premier abord, en faisant abstraction des antécédents et des résultats de l'examen anatomique, rien ne paraît plus légitime que de porter le diagnostic d'un cancer encéphaloïde ulcéré. Il n'en est rien cependant, et nous rencontrons ici un de ces cas fort instructifs qui démontrent la différence qui existe entre l'étude sérieuse de tous les caractères cliniques et autres d'un produit morbide, et cette pathologie des impressions qui, loin d'approfondir, base ses doctrines sur un examen souvent superficiel, sur des analogies trompeuses,

et qui a jeté tout ce qui a rapport au cancer dans une confusion inextricable. Depuis quelques années seulement, ces opinions commencent à faire place à des doctrines plus vraies, basées sur l'application des méthodes exactes dans l'observation clinique et les études microscopiques comme complément indispensable de l'étude anatomique.

Dans ce fait, la marche de la maladie montre déjà qu'il ne s'agit pas d'une affection carcinomateuse. L'autopsie cadavérique en fournit ensuite les preuves incontestables et nous conduit à compléter la détermination de sa véritable nature.

Pendant trente-cinq ans, cette femme porte des tumeurs enkystées au cuir chevelu, avec l'innocuité qui caractérise cette affection ; et pourtant, à l'âge de quarante ans, une épine de framboisier avait pénétré dans l'une des tumeurs, et depuis cette époque une fistule s'était établie, qui donnait issue à de la matière sébacée. A cette première violence extérieure s'en ajoute, à l'âge de soixante ans, une autre beaucoup plus grave. Elle fait une chute d'une voiture, tombe sur le sommet de la tête, et s'y fait une plaie assez considérable pour avoir une forte hémorrhagie ; les tumeurs sont meurtries et fortement contuses ; aussi s'accroissent-elles rapidement, deviennent-elles douloureuses, et la petite fistule de l'une d'elles, qui depuis vingt ans avait existé sans inconvénient, se transforme en ulcère. Cependant les accidents se calment jusqu'à un certain point, la santé générale reste assez bonne, et pendant cinq ans encore les tumeurs s'accroissent, l'ulcération fait des progrès incessants, des hémorrhagies fréquentes ont lieu, et pourtant la constitution ne subit que des altérations lentes et graduelles, qui s'expliquent parfaitement par le mal local. Ce n'est qu'à l'âge de soixante-cinq ans qu'une nouvelle exacerbation a lieu, et c'est pen-

dant les deux dernières années que de nombreuses tumeurs apparaissent sur divers points de la tête. L'ulcération, par ses progrès naturels, use dans une large étendue une partie des os de la tête ; la dure-mère en constitue bientôt le fond ; la surface du cerveau lui-même s'enflamme, ce qui hâte la mort de la malade. La suppuration abondante, les hémorrhagies fréquentes avaient de plus en plus miné sa constitution.

Lorsqu'on tient compte de l'absence de tout engorgement de glandes lymphatiques, de l'absence de tumeurs dans d'autres points du cuir chevelu, de la marche lente, de la nature toujours strictement localisée de l'affection, des accidents purement consécutifs à des violences externes, on est déjà, par cela même, autorisé à écarter le diagnostic d'un vrai cancer, et à envisager l'affection comme l'inflammation, l'ulcération et la multiplication de tumeurs enkystées du cuir chevelu.

A l'autopsie, on constate l'absence de toute lésion viscérale, et l'on ne voit qu'un mal purement local avec les conséquences de sa propagation sur place. M. Rouget qui, avec beaucoup de modestie, dit qu'il n'est qu'au commencement de ses études microscopiques, reconnaît cependant sans hésiter que tous les caractères à l'œil nu et microscopiques du tissu cancéreux manquent totalement, et l'examen ultérieur fait par M. Follin et moi confirme pleinement cette manière de voir. On trouve de nombreuses tumeurs dans la partie profonde du derme, variant entre le volume d'une tête d'épingle et celui d'une noisette, dont l'étude m'a conduit à n'y voir autre chose qu'un développement tout à fait insolite de glandes sébacées. En effet, on constate, dans les plus petites, les lobules de ces glandules, et dans toutes, une extrémité pointue et allongée, qui correspond à leur conduit excréteur; de plus leur structure montre une membrane anhyste d'enveloppe, des la-

melles superposées d'épithélium à la face interne, et un contenu sébacé et épithélial dans leur cavité. Nous y avons vainement cherché des éléments pileux, et l'opinion de leur origine par des follicules pileux doit être complétement rejetée. Ces petits kystes étaient partout faciles à énucléer; et bon nombre d'entre eux s'étaient creusé de petites fossettes à la surface des os du crâne. La substance intermédiaire entre ces kystes ne nous a présenté qu'un tissu fibroïde avec des éléments fibro-plastiques, infiltré çà et là d'amas d'épiderme. Nous n'avons pas pu constater l'existence de feuillets épidermiques à la surface de la dure-mère, ce qui tient probablement au fait que la pièce était déjà un peu altérée lorsque nous l'avons étudiée. La perte de substance, assez étendue dans les os du crâne, offrait, comme l'a du reste fort bien reconnu M. Rouget, tous les caractères d'une usure moléculaire insensible, suite d'un travail ulcéreux, lent et progressif.

Il résulte donc évidemment que l'affection a eu son siége dans les glandes sébacées dès le début et jusqu'à la fin, et que la destruction, pendant les dernières années, n'était due qu'à l'ulcération progressive d'une de ces tumeurs qui, occupant une large surface, usant tous les plans sous-jacents jusqu'aux enveloppes du cerveau, donnant lieu à une suppuration abondante et sanieuse, à des hémorrhagies fréquentes, devait fatalement altérer la santé générale, amener un état cachectique et hâter la fin par l'atteinte du cerveau.

Ce qui donne à cette observation un cachet spécial, c'est que nous ne connaissons pas d'autres exemples dans la science, dans lesquels un nombre si prodigieux de tumeurs glandulaires se soit développé à la tête; car, d'un autre côté, l'inflammation et l'ulcération d'une tumeur sébacée volumineuse ne constituent pas un fait extrêmement rare. Nous avons, entre autres, observé un

exemple de ce genre en 1843, dans le service de M. Bérard, à l'hôpital de la Pitié ; et dans ce cas, comme dans d'autres analogues, on avait cru que la tumeur avait dégénéré, ce que l'examen ultérieur de la pièce réfuta complétement.

En jetant un coup d'œil sur tous les détails de cette observation, on peut se convaincre, une fois de plus, qu'un diagnostic exact est la plupart du temps possible, lorsqu'on s'en tient plutôt à l'observation qu'à l'autorité des doctrines. Ce cas prouve encore que la bénignité ou la malignité des tumeurs ne peut constituer un principe de classification.

VIIIe OBSERVATION.

Cancroïde papillaire et épidermique de la lèvre inférieure étendu au maxillaire inférieur. Engorgement glandulaire du cou; extirpation. Nature épidermique de l'altération de l'os et des glandes lymphatiques. Mort sept jours après l'opération; absence de toute altération viscérale (1).

La femme Caille, Marie-Françoise, âgée de soixante-quatre ans, vigneronne de profession, entre à l'hôpital de la Charité, dans la division de M. Velpeau, le 21 novembre 1849, salle Sainte-Catherine, n° 24. Cette femme présente encore, lors de son entrée, toutes les apparences d'une bonne santé. Elle a perdu son père d'une fluxion de poitrine ; il était habituellement bien portant. Sa mère est morte jeune ; la malade ignore de quelle maladie.

(1) Cette observation n'est pas très complète sous le rapport symptomatologique. J'avais compté la recueillir avec plus de détails après que la malade aurait été guérie de l'opération; mais elle a succombé à une mort inattendue. Toutefois cette observation renferme un fait pathologique si rare et si important que je ne puis me dispenser d'en rapporter tous les détails que je possède

Elle dit avoir toujours joui d'une bonne santé. Bien réglée jusque il y a une dizaine d'années environ, elle a été mariée et a eu deux enfants. Elle ne se rappelle pas avoir eu d'autres indispositions, qu'à différentes reprises des maux de tête, des vertiges et des étourdissements qui ont cédé assez promptement chaque fois aux émissions sanguines.

Il y a sept à huit ans, la malade eut des maux de dents très persistants dans le côté gauche de la mâchoire inférieure ; ses dents se carièrent, sans qu'il y eût de fluxions ni d'abcès, et au bout de quelques mois toutes les dents de ce côté tombèrent spontanément. A part le sentiment de gêne dans cette partie de la mâchoire, et auquel la malade ne prit guère garde, elle n'éprouva plus rien de particulier de ce côté. Ce n'est que cinq mois avant son entrée à l'hôpital, qu'elle s'aperçut que, du même côté de la mâchoire, elle portait, dans l'intérieur de la bouche, une tumeur, dont elle compare le volume à celui de l'extrémité du doigt indicateur. Cette tumeur était parfois le siége de quelques élancements, mais n'occasionnait guère de vives douleurs. Pendant quatre mois, le mal augmenta de volume, sans que la malade s'en inquiétât davantage et sans qu'elle ait essayé de le combattre en aucune façon.

Il y a quelques semaines, la tumeur avait acquis à peu près le volume qu'elle présente aujourd'hui. Deux fois alors, à huit jours d'intervalle, un chirurgien, appelé auprès de la malade, appliqua le fer rouge sur le mal, et ensuite il le cautérisa tous les deux jours avec le crayon de nitrate d'argent. Ces divers moyens étant restés sans résultat, la malade vint à Paris réclamer les soins de M. Velpeau.

A son entrée, nous constatons que la branche horizontale de la mâchoire inférieure du côté gauche présente dans la bouche une tumeur d'un rouge framboisé,

garnie à sa surface d'une multitude de saillies et de fongosités mollasses, saignant facilement au moindre contact, et s'étendant de l'angle de la mâchoire inférieure jusqu'au niveau des premières dents molaires. Cette tumeur est à cheval sur le bord alvéolaire de l'os qui, de ce côté, est complétement privé de dents. Disposée et étalée en champignon, la tumeur envahit la face interne de la joue de ce côté.

Malgré l'accroissement qui s'était opéré dans la tumeur pendant les derniers temps, les souffrances sont à peu près nulles, et l'état général, comme nous l'avons dejà dit, est tout à fait satisfaisant. Plusieurs ganglions trouvés malades pendant l'opération étaient trop cachés pour être aperçus au premier examen.

Après plusieurs jours de séjour de la malade à l'hôpital, l'opération étant jugée nécessaire, M. Velpeau la pratiqua, le 28 novembre, de la manière suivante :

Une incision curviligne, à convexité inférieure, fut pratiquée extérieurement, depuis l'angle de la mâchoire du côté gauche jusque vers la partie médiane de l'os maxillaire. Les parties molles furent d'abord disséquées et relevées en haut ; il fallut lier les artères faciale et linguale. Toute la branche horizontale gauche du maxillaire inférieur fut ensuite reséquée à l'aide de la scie à chaîne. Après l'ablation de l'os, M. Velpeau s'aperçut de la présence d'un ganglion induré sur le trajet de la carotide interne. Cette glande fut saisie avec une érigne et extirpée avec le bistouri. La plaie fut remplie de boulettes de charpie, le lambeau rabattu et la plaie pansée à plat.

Avant de décrire la pièce anatomique, nous allons faire connaître la fin de l'observation. Une épidémie d'érysipèle régnait alors dans les salles de M. Velpeau. Dans la soirée même du jour où l'opération a été pratiquée, la malade fut prise de frissons, de vomissements,

et un érysipèle avec rougeur peu vive se manifesta autour de la plaie. Dès le principe, les symptômes généraux offrirent de la gravité ; la malade était d'une faiblesse extrême, le pouls était petit et très fréquent, 120 pulsations par minute et au delà, l'assoupissement continuel, et sans avoir eu de grandes souffrances, la malade succomba, le 5 décembre, huit jours après l'opération. L'érysipèle s'était étendu peu à peu à toute la tête, et la suppuration avait pris un caractère sanieux. A l'autopsie, on constata l'absence de toute altération viscérale, et bien que tous les organes aient été examinés avec soin, ils furent tous trouvés dans un état satisfaisant. Nous insistons surtout sur l'absence de toute tumeur cancéreuse ou épidermique.

Description de la pièce enlevée par l'opération. — On constate d'abord à la face supérieure de la lèvre inférieure, sous une couche épidermique et purulente, de nombreuses petites saillies rouges grenues, comme framboisées, d'aspect papillaire.

La tumeur principale est enfourchée sur la mâchoire, et occupe les deux côtés de la branche horizontale du maxillaire inférieur, à partir de 1 centimètre environ de l'angle de l'os jusque tout près de son milieu ; elle a plus de 2 centimètres d'épaisseur et plus de 3 centimètres de longueur, et un peu moins de hauteur ; elle est d'une consistance ferme et élastique.

On peut se convaincre que le tissu malade se prolonge verticalement dans les muscles attachés à la mâchoire.

L'aspect de la coupe du tissu morbide est d'un jaune pâle, luisant, d'un jaune terne par places. Ce n'est que vers sa partie supérieure que le tissu accidentel offre un aspect mamelonné et comme papillaire. En comprimant ce tissu, ou en le grattant avec le scalpel, on en fait sortir une matière onctueuse, d'un blanc jaunâtre, ressemblant au mastic des vitriers.

Une coupe verticale, pratiquée dans toute la longueur de l'os, montre qu'au niveau de la tumeur, les dents et les alvéoles ont complétement disparu, et sur un trajet de 3 centimètres de longueur, l'os est verticalement détruit dans toute son épaisseur jusqu'au niveau du canal dentaire, dans lequel l'artère et les deux branches du nerf sont parfaitement bien conservées et intactes. L'aspect du tissu pathologique du milieu de l'os malade est le même que celui décrit pour les couches plus superficielles.

Sur le côté interne et sur le bord inférieur du maxillaire existent plusieurs ganglions engorgés dont le volume varie entre celui d'un petit haricot et celui d'une grosse noisette. Trois de ces ganglions étaient malades, et renfermaient une matière que nous avons ultérieurement trouvée être de nature épidermique. Dans la plus petite de ces glandes, cette substance morbide est d'un jaune pâle, luisante; on peut l'enlever par le scalpel, en petits grumeaux. Une seconde glande, un peu plus volumineuse, renferme cette même substance, mais, en outre, une cavité remplie de liquide, du volume d'un petit pois, liquide qui tient en suspension des grumeaux de matière épidermique. La glande la plus volumineuse, enfin, contient également une petite cavité, et, dans les deux tiers au moins de son étendue, une matière d'un blanc jaunâtre terne et onctueuse.

L'examen microscopique montre partout dans cette tumeur, ainsi que dans les glandes malades, des éléments épidermiques bien caractérisés : de grands feuillets, ayant $0^{mm},03$ à $0^{mm},05$, tout à fait aplatis et munis d'un petit noyau granuleux. Beaucoup de ces cellules ont subi l'infiltration granuleuse qui se retrouve même dans les glandes les plus récemment infectées. On voit, en outre, beaucoup de cellules concentriques, et un nombre infini de globes concentriques d'épiderme,

que nous avons souvent signalés dans les tumeurs épidermiques. Beaucoup de petits feuillets d'épiderme se présentent de profil, et offrent alors, par leur juxtaposition, un aspect fibreux ; cependant, on voit tous les passages entre ces feuillets, vus de champ, et d'autres, vus de face. On voit, enfin, un assez grand nombre de noyaux épidermiques libres, ainsi que de jeunes cellules épidermiques, dont un certain nombre cependant avait déjà subi l'infiltration granuleuse et graisseuse. A part quelques noyaux un peu plus développés et munis d'un nucléole volumineux, on ne voit rien qui ressemble aux noyaux du cancer, et encore ces rares noyaux, d'un aspect douteux, étaient contenus dans des feuillets aplatis, sur la nature épidermique desquels il ne pouvait pas rester de doute.

Réflexions.

Nous avons affaire, dans ce cas, à une des formes les plus remarquables du cancroïde. La nature épidermique et non cancéreuse résulte surtout de l'examen microscopique. En outre, la marche de la maladie n'est pas celle du cancer. Le début probable de la maladie doit remonter à l'époque où, dans peu de temps, la malade perdit toutes les dents du côté malade ; cependant l'état général reste intact jusqu'au moment de l'opération, et l'autopsie démontre l'absence de tout dépôt cancéreux dans les divers organes.

Nous voyons ici le tissu épidermique envahir les muscles, les os, les glandes lymphatiques, et pourtant le mal reste local, en ce sens qu'il est borné à la zone anatomique primitivement atteinte. Cette diffusion locale est une des principales raisons qui m'ont fait choisir, pour ces sortes d'affections, le terme de cancroïde, affections, qui, à côté de différences incontestables, ne

manquent pas de présenter quelques analogies avec le véritable cancer.

La disposition anatomique de la tumeur de la mâchoire rend compte de l'absence ou du peu de douleur qui a existé. D'un côté, en effet, nous voyons les alvéoles et leurs filets nerveux détruits ; mais, d'un autre côté, nous trouvons le nerf dentaire intact dans son canal, et il est probable qu'un peu plus tard, si l'opération n'avait point été pratiquée, ce nerf essentiellement sensitif aurait été fortement comprimé, et alors les douleurs seraient probablement devenues très vives, ce que l'on n'aurait pas manqué d'attribuer aux douleurs inhérentes aux affections cancéreuses. Ceci prouve combien sont faibles les bases sur lesquelles reposent les caractères pathognomoniques des douleurs du cancer.

Nous rencontrons dans les glandes lymphatiques, outre l'infiltration épidermique, plusieurs cavités creusées dans leur substance : fait bien plus fréquent qu'on ne le croit généralement, et pourtant passé sous silence par la plupart des auteurs classiques.

Nous ferons une dernière remarque sur l'origine et le point de départ probable de la maladie. Nous penchons fortement pour cette opinion, qu'il s'agit dans le cas actuel d'un cancroïde épidermique partant des gencives, et surtout de la partie qui recouvre la base des dents et le bord alvéolaire du maxillaire. La chute précoce des dents, l'altération, de beaucoup plus avancée, de l'os maxillaire parlent en faveur de cette manière de voir. La tumeur principale était placée à cheval, pour ainsi dire, sur le bord alvéolaire de l'os. Si le mal avait débuté par la peau, nous comprendrions difficilement son extension à l'os, de plus la malade aurait eu recours bien plus tôt aux secours de l'art. Nous avons dans ce moment une pièce qui complète, pour ainsi dire, l'observation actuelle, pièce dans laquelle l'origine d'un cancroïde

épidermique, provenant de la partie gengivale du rebord alvéolaire de la mâchoire inférieure, n'est nullement douteuse.

Des faits de ce genre jettent un grand jour sur les tumeurs non cancéreuses des mâchoires supérieure et inférieure, et nous expliquent la nature de plusieurs affections de ce genre, dont le développement nous a paru autrefois fort obscur. Les tumeurs épidermiques de ces os, en effet, prennent leur origine de la couche épidermique des gencives, et le mal s'étend ensuite aux alvéoles et aux parties plus profondes de l'os. Le périoste alvéolaire est-il de son côté le point de départ d'une tumeur, on comprend qu'alors celle-ci offre tous les caractères du tissu fibro-plastique. Telle est, en effet, la nature d'un grand nombre de tumeurs connues sous le nom d'*épulis*. La nature diffuse enfin des parties épidermiques et périostales rend compte de la facilité des récidives locales, et impose le précepte de pratiquer en cas pareil des opérations fort étendues.

IXe OBSERVATION.

Cancroïde épidermique de la lèvre inférieure. Plusieurs opérations successives suivies de récidives locales. A la troisième récidive, extension successive de l'ulcération jusqu'au cou; impossibilité de prendre des aliments, dépérissement. Mort. A l'autopsie, absence de toute altération cancéreuse et de tout dépôt épidermique éloigné du mal local (1).

« Veisgerber (Jean), âgé de quarante-trois ans, cultivateur à Aubervilliers-les-Vertus, entre à l'hôpital Necker, salle Saint-Pierre, n° 42, le 19 juin 1845.

» Cet homme a toujours joui d'une excellente santé :

(1) Cette observation est une des plus curieuses par la gravité de la maladie

il affirme n'avoir jamais eu de maladies vénériennes; il a l'habitude ancienne de fumer le brûlot.

» Au printemps de 1844, un petit bouton gros comme une tête d'épingle, sur lequel il se formait des écailles, que le malade enlevait de temps en temps, vint à se développer sur la lèvre inférieure et sur la ligne médiane, à l'union de la peau et de la muqueuse. A l'entrée de l'hiver, le bouton avait acquis le volume d'un pois, et quoiqu'il n'y eût pas de douleur, Veisgerber, craignant un mauvais mal, alla consulter un médecin du faubourg Saint-Denis; celui-ci fit sur la petite tumeur des cautérisations avec du nitrate d'argent, cautérisations qui furent répétées deux fois par semaine pendant un mois et demi. Pendant ce traitement, la tumeur doubla de volume; un autre tubercule se montra à côté et fit saillie du côté interne de la lèvre. Le médecin parla alors d'opérer; le malade s'y décida, et M. Voillemier fut chargé de l'opération. Il enleva la tumeur en la comprenant entre les deux branches d'une incision en V, et réunit par première intention. Cinq jours après, la plaie était cicatrisée presque complétement, sauf en un point très peu étendu, qui resta ulcéré du côté de la peau, et qui se recouvrit d'une croûte brune. Les bords de la cicatrice, qui étaient restés un peu durs, acquirent, après l'opération, plus de dureté. Cette induration a fait en quinze jours de rapides progrès; quelques douleurs, pas assez fortes cependant pour empêcher le sommeil, ont accompagné ce développement.

et par sa nature strictement locale, bien qu'ici le terme d'affection bénigne ne fût point à coup sûr applicable. Ce fait a encore ceci d'intéressant qu'il complète une des observations rapportées dans la thèse de M. Mayor (*Recherches sur les tumeurs épidermiques et leur relation avec l'affection cancéreuse*, thèse pour le doctorat; Paris, 1846, p. 36 à 38), qui n'a suivi le malade que jusqu'au moment où la guérison paraissait achevée. Nous reproduisons textuellement l'observation telle qu'elle a été rapportée par M. Mayor, pour ajouter ensuite le résultat de notre propre observation.

» *Etat actuel.*—La tumeur a le volume d'une noix ; elle occupe toute l'épaisseur du bord de la lèvre; elle est comme bilobée par la ligne de cicatrice qui remplace le sillon médian de la lèvre, et qui présente en avant une petite ulcération couverte d'une croûte brune. Elle est dure, et sa surface offre une coloration blanche qui tranche avec la couleur rouge de la muqueuse environnante. On aperçoit des petits vaisseaux variqueux dessinant des aréoles sous l'épiderme ; la pression de la tumeur est douloureuse. L'état général du malade est parfait; il a le teint hâlé, les muscles bien développés et les chairs fermes.

» Le 20 juin, M. Lenoir procède à l'ablation de la tumeur. Il détache un peu la lèvre du maxillaire avec le bistouri et cerne la tumeur à coups de ciseaux; une seule ligature est appliquée; une compresse imbibée d'eau froide pour tout pansement. M. Lenoir abandonne à la nature le soin de remédier à la perte de substance produite, perte qui comprend les trois quarts à peu près du bord de la lèvre.

» Le 1er juillet, la cicatrisation est fort avancée, et l'échancrure résultant de l'opération a déjà diminué par le fait de l'ascension du menton.

» Le 6, on sent dans le bord droit de la plaie un petit tubercule.

» Le 17, ce petit tubercule n'ayant cessé de grossir, puisqu'il a le volume d'un pois, M. Lenoir l'enlève d'un coup de ciseaux. La cicatrice de cette nouvelle plaie se fait rapidement.

» Le 6 août, le malade sort bien portant ; la cicatrice est complète, et l'échancrure, quoique beaucoup diminuée, est encore notable; il a un peu de difficulté à retenir la salive.

» A la fin de septembre, le malade est venu, selon sa promesse, se montrer à l'hôpital Necker. Il n'y a pas

d'apparence de récidive; il jouit d'une parfaite santé. L'échancrure a disparu; il n'y a plus d'écoulement de salive. La lèvre supérieure s'est allongée pour recouvrir l'inférieure appliquée contre la mâchoire; il s'est formé par l'ascension du menton un nouveau sillon labio-maxillaire.

» En somme, la difformité se réduit à ce que Veisgerber a tout à fait la figure d'un homme qui se mord la lèvre inférieure.

» *Examen de la tumeur.* — Elle forme un noyau assez régulièrement arrondi, dont la coupe rappelle celle d'un marron cuit; à son centre existe une espèce de fissure correspondant à la cicatrice de la première opération; cette fissure est remplie par une matière blanchâtre, caséiforme. Tout le reste est dur, compacte, a un aspect granuleux; les granulations sont d'un blanc laiteux; les intervalles très petits qui séparent les granulations sont translucides. La pression ne fait point sourdre de liquide sur les surfaces de section, mais expulse çà et là quelques petites masses blanchâtres. La tumeur est évidemment développée aux dépens du derme; aussi est-elle, dans sa plus grande partie, recouverte directement par l'épiderme; elle est séparée de la muqueuse par une couche musculaire saine, dans laquelle on trouve cependant un ou deux petits noyaux blancs opalins.

» Le petit tubercule extirpé le 17 juillet offre tout à fait la même structure. Le microscope fait reconnaître dans ces deux produits morbides le plus bel exemple possible de tumeur folliculaire épidermique non enkystée. »

Quatre mois après cette dernière opération, une nouvelle récidive eut lieu; et comme la lésion fut irritée et aggravée par plusieurs tentatives incomplètes de cautérisation, le malade se décida à entrer à l'hôpital des Cliniques, le 29 décembre 1845. Découragé par l'insuccès des opérations antérieures, on n'a pas voulu tenter

une nouvelle opération, et le mal a été complétement abandonné à lui-même. De bonne heure, la tumeur récidivée s'est ulcérée, et cet ulcère s'est agrandi de plus en plus par la destruction à peu près complète de la lèvre inférieure, tandis que toute la partie gauche du cou et de la figure, à partir de la lèvre en bas, s'est transformée en une vaste ulcération qui latéralement s'étendit jusqu'à l'oreille et à l'apophyse mastoïde, et inférieurement jusqu'au niveau du milieu du larynx. La surface de cet ulcère offrait une teinte d'un vert noirâtre ; la suppuration était sanieuse et fétide, et au milieu des fongosités blafardes de l'ulcère, on voyait le maxillaire inférieur à nu sur une étendue de plusieurs centimètres, et profondément altéré par la carie.

L'étendue de l'ulcération, la fétidité de la suppuration, le siége du mal, qui empêchait le malade de se nourrir, et qui avait même produit une légère rétraction de la langue, produisirent peu à peu un état de dépérissement tel que le malade succomba dans le marasme, le 8 juillet 1847.

Autopsie faite vingt-quatre heures après la mort, par une température de + 20 *degrés centigrades* (1).

Traces de putréfaction sur les parois abdominales ; odeur infecte de l'ulcère. Avant de décrire les altérations locales, nous dirons qu'à part l'atrophie et la décoloration de tous les organes, telles qu'on les observe dans le marasme avancé, il n'y avait nulle part ailleurs d'altérations marquantes, et surtout absence de tous dépôts cancéreux ou cancroïdes.

A part les caractères de l'ulcère déjà indiqués, nous pûmes, en outre, constater les particularités suivantes : Les parties molles ulcérées, ainsi que les portions d'os

(1) Je fis cette autopsie avec M. Coffin, alors interne du service.

cariées, étaient recouvertes, dans la plus grande partie de leur étendue, d'exsudations purulentes; mais en outre, on remarquait dans bien des endroits, et surtout à la surface des os, des grumeaux de plusieurs millimètres d'étendue, d'un blanc pâle, de la consistance du suif, friables, peu humides. Le microscope n'y faisait reconnaître d'autres éléments que de larges lamelles épidermiques, en partie desséchées.

Dans le fond de l'ulcère, on reconnaît, par des coupes verticales, une couche d'un tissu jaunâtre, composée de fibres et infiltrée de pus, montrant aussi çà et là quelques cellules épidermiques, mais ne permettant nulle part de faire sortir par la pression un suc semblable au suc cancéreux. Les parties musculaires profondes sont bien conservées, notablement augmentées d'épaisseur, d'une teinte noirâtre, infiltrées de pus par places, et de cellules épidermiques.

L'os maxillaire carié, examiné avec le plus grand soin dans toute son étendue, ne montre rien autre que les altérations de la carie, une infiltration sanieuse et purulente, et dans beaucoup d'endroits, des petites cavités renfermant les grumeaux épidermiques décrits. Nulle part, nous ne trouvons de dépôts cancéreux, ni dans les parois de l'ulcère, ni dans l'os malade, et nous en notons surtout l'absence dans les glandes lymphatiques du cou, dont un grand nombre, examiné attentivement, ne montre pas même une augmentation de volume.

Réflexions.

Nous avons affaire ici à une maladie qui paraît très grave par sa marche et par son issue, et qui, superficiellement examinée, semble se rapprocher tout à fait du cancer. Cependant, en analysant ce fait avec soin, nous ne tardons pas à reconnaître de nombreux points

de dissemblance. C'est ainsi que, dès la première opération, le mal ne fut qu'incomplétement extirpé, au point que, malgré la réunion immédiate, une partie de la plaie resta ulcérée, et que les bords de la cicatrice se durcirent et devinrent douloureux. Notons que déjà, avant l'opération, des cautérisations incomplètes avaient fortement irrité la tumeur. L'excision en forme de V à la lèvre inférieure a du reste souvent cet inconvénient, que la base de la tumeur n'est que fort incomplétement extirpée, et nous préférons de beaucoup, pour notre compte, deux incisions semi-elliptiques qui se tiennent partout au milieu des parties saines et à une certaine distance des parties malades.

Une seconde opération plus étendue est pratiquée; mais de nouveau elle est fort incomplète, puisque six jours après l'extirpation, on sent déjà un tubercule de reproduction dans le bord droit de la plaie ; on l'excise, mais la récidive ayant encore une fois eu lieu, on abandonne le mal à lui-même.

Évidemment, si l'on avait eu une connaissance plus approfondie de la nature de cette altération, on aurait enlevé de nouveau et très largement toutes les parties suspectes, pour réparer ensuite les grandes pertes de substance au moyen de l'autoplastie.

Lorsqu'on a laissé marcher la maladie, un vaste ulcère a détruit les parties molles et atteint le maxillaire inférieur. Dès lors des obstacles de plus en plus grands s'opposèrent à l'alimentation et par conséquent à la nutrition du malade ; il dépérit et enfin mourut dans le marasme. Pourtant l'autopsie met hors de doute que le mal est tout à fait local, de nature épidermique et cancroïde, et que nulle part, dans l'économie, il ne se trouve de tissu vraiment cancéreux. La hardiesse chirurgicale, en circonstance pareille, peut donc être érigée, pour ainsi dire, en précepte.

Xe OBSERVATION.

Ulcère cancroïde et épidermique de la main chez une femme de soixante-dix ans ; tumeur verruqueuse au début ; irritation de la tumeur par des excisions incomplètes; accroissement rapide et ulcération progressive vers la fin de la quatrième année. Amputation et guérison (1).

La femme Louise Dahleman, des environs de Berlin, âgée de soixante-dix ans, est d'une forte et bonne constitution, d'un embonpoint au-dessus de la moyenne. Elle a un bon teint, et l'état des forces est tout à fait satisfaisant. Elle ne donne pas de renseignements précis sur la santé de ses parents, qu'elle a perdus jeune. Après une enfance, pendant laquelle elle ne se rappelle pas avoir été malade, elle commença à avoir ses règles à l'âge de treize ans, et, à part un peu d'irrégularité pendant la première année, la menstruation a ensuite toujours été régulière et médiocrement abondante. Elle s'est mariée à trente ans et a eu deux enfants ; les couches ont été faciles et naturelles. L'un de ses enfants est mort jeune de la scarlatine ; l'autre vit et se porte bien. A l'âge de quarante-deux ans, la malade a eu elle-même la scarlatine qui se passa d'une manière bénigne ; mais après, ses règles ne reparurent plus. Cette cessation un peu brusque des époques menstruelles ne troubla cependant pas sa santé qui a toujours continué à être bonne ; car, à part la scarlatine, la malade ne se rappelle point avoir fait une maladie qui l'ait obligée à garder le lit. Elle n'a jamais eu d'hémorrhagie. Elle a été vaccinée.

Lors de son entrée à l'hôpital des cliniques à Berlin,

(1) J'ai observé ce cas intéressant dans la clinique chirurgicale de M. le professeur Dieffenbach à Berlin, pendant un séjour que je fis dans cette ville pendant l'hiver de 1845 à 1846.

en janvier 1846, la malade portait son affection locale de la main depuis quatre ans et trois mois. Ce mal avait débuté par l'apparition d'une très petite verrue sur le milieu à peu près du dos de la main. Lorsque la verrue avait atteint le volume d'une lentille environ, la malade, pour s'en débarrasser, la coupa avec des ciseaux, et en gratta ensuite la base avec la pointe d'un couteau de table, espérant de cette façon détruire la racine. La plaie ainsi irritée devint d'abord le siége d'une inflammation vive qui bientôt se calma ; mais au même endroit, il se développa une petite tumeur d'aspect verruqueux, mais d'une surface framboisée et plus inégale que ne l'était celle de la première tumeur. L'accroissement fut lent mais continuel ; et après un peu moins de quatre ans de durée, elle avait atteint le volume d'une noix. A ce moment elle n'était point encore ulcérée ; la malade dit que la couleur de la tumeur était seulement un peu plus foncée que celle de la peau ambiante, que toute la grosseur était composée d'un amas de petites verrues, et que lorsqu'on la comprimait, on faisait suinter des interstices de ses saillies un liquide qui ressemblait à du pus. A part une sensation légère de cuisson, aucune douleur ne se manifesta ni dans la tumeur ni dans son voisinage, et il n'y eut point de retentissement sur les ganglions axillaires.

Quatre mois avant l'entrée de la malade à l'hôpital, un ulcère commença à s'établir au sommet de la grosseur. Cet ulcère s'accrut rapidement, sans que pour cela le mal devînt douloureux. A mesure que l'ulcération fit des progrès, la masse verruqueuse qui formait la tumeur se désagrégea, pour ainsi dire, dans le milieu, pour s'épanouir à la circonférence. L'ulcère s'étendit aussi à tout le dos de la main ; en haut, il dépassa l'articulation radio-carpienne ; en bas ses bords s'étendaient jusqu'aux premières phalanges des doigts ; au niveau du

médius et de l'annulaire, l'ulcère avait plus de 7 centimètres de longueur sur près de 8 centimètres de largeur; il était entouré partout de bords inégaux, saillants et verruqueux, offrant de 1 à 2 centimètres de largeur sur un peu moins d'épaisseur. La consistance de ces bords était élastique et très ferme; la coloration en était d'un rouge pâle, et les petits mamelons qui donnaient à l'ensemble l'aspect verruqueux faisaient un relief qui variait entre 2 et 5 millimètres : ces mamelons étaient séparés les uns des autres par des sillons linéaires. La partie des bords de l'ulcère qui était en rapport avec le fond était verticale et comme taillée à pic en dehors, tandis que vers l'ulcération, ils s'aplatissaient insensiblement et d'une manière oblique. Le fond de l'ulcère était couvert d'une exsudation purulente qui formait une espèce de fausse membrane, sous laquelle il fut facile de découvrir des bourgeons charnus rouges, allongés et de forme papillaire.

L'articulation du poignet était très gênée dans ses mouvements; il en était de même des mouvements des doigts, le pouce excepté, car il avait encore conservé quelques mouvements spontanés. Chose curieuse ! bien que le mal siégeât du côté des extenseurs, les mouvements des fléchisseurs étaient gênés au même degré.

L'examen le plus attentif de toutes les fonctions prouvait une santé parfaite. L'appétit était bon, les garderobes régulières, la respiration naturelle, le sommeil bon, l'état général excellent. Il y avait absence presque complète de souffrances.

Dans ces conditions, l'amputation était tout à fait indiquée. Elle fut pratiquée à trois travers de doigt audessus du poignet et par la méthode circulaire. La guérison de la plaie fut entravée par une inflammation phlegmoneuse de l'avant-bras qui amena la formation de plusieurs abcès. Cependant la guérison n'a été que

retardée, et vers la fin de mars, la cicatrisation était complète, et tout l'ensemble de la santé de cette malade était en fort bon état. J'ai quitté Berlin à cette époque, et j'ai perdu la malade de vue ; mais d'après la marche de la maladie qui, pendant plus de quatre ans, était toujours restée parfaitement locale ; d'après le résultat de l'examen anatomique de la lésion, et d'après ce que j'ai observé dans des cas analogues de cancroïdes siégeant à la main, il est probable qu'aucune récidive n'aura eu lieu. Toutefois je reconnais tout le premier que, sous ce rapport, mon observation aurait besoin d'être complétée.

Description de la pièce anatomique. — La dissection donne le résultat inattendu que le mal paraît tout à fait borné aux parties molles superficielles ; les tendons et les os sont presque intacts, et le mal ne dépasse pas en profondeur l'aponévrose dorsale de la main, qui est dure, rigide et épaissie. Le ligament capsulaire radio-carpien est très épaissi, et a jusqu'à 1 centimètre d'épaisseur ; le tendon du muscle extenseur du pouce est libre de toute adhérence, et l'on peut lui faire exécuter tous ses mouvements physiologiques ; le tendon extenseur de l'index est presque libre, quelques adhérences peu solides le fixent seulement au fond de l'ulcère et à l'aponévrose ; tandis que les autres tendons extenseurs, bien que normaux dans leur structure, sont rendus immobiles par les adhérences de leur surface. Les doigts sont le siége d'une infiltration œdémateuse et d'une rigidité assez notable, due aux adhérences qui se sont établies entre le tissu cellulaire sous-cutané et la surface périostale des phalanges.

En pratiquant des coupes verticales à travers les bords de l'ulcère, on voit à l'œil nu, et mieux encore à la loupe, une multitude de corps cylindriques verticaux, de 1 à 2 millimètres de longueur, sur la moitié environ de largeur, à extrémité conique et arrondie, et offrant dans

leur intérieur des vaisseaux entourés d'un tissu plus homogène et très vasculaire. En grattant cette surface avec le scalpel, on détache un certain nombre de ces corps papillaires et l'on obtient un liquide transparent un peu teint de sang, mais on n'en fait point sortir de suc trouble et lactescent, comme celui du cancer. En pratiquant des coupes horizontales, on a dans les couches superficielles le tassement imbriqué de l'épiderme, tandis que les couches plus profondes montrent une multitude de papilles, et dans leur intérieur de petits points rouges, qui ne sont autre chose que des vaisseaux coupés, et dont on fait sortir par la pression des petites gouttelettes de sang. Tant dans les coupes horizontales que dans les coupes verticales, il n'est pas difficile d'isoler ces papilles entières ou tronquées. L'examen microscopique démontre dans ces papilles, comme principal élément, des couches concentriques d'épiderme, tandis que le noyau fibreux du centre de la papille est bien peu développé. On voit, en outre, dans les couches épidermiques qui de toutes parts entourent et recouvrent les papilles, ces globes concentriques d'épiderme que nous avons souvent décrits, et qui, variant entre un huitième et un quart de millimètre, sont entièrement composés d'un tassement concentrique de lamelles épidermiques. Un examen superficiel y faisait voir, ainsi que dans les coupes des papilles, une structure fibreuse ; mais en examinant de plus près, on voit que ce qui, au premier abord, ressemblait à des fibres, n'est autre chose que l'aspect de profil des lamelles d'épiderme étroitement juxtaposées. Les éléments fondamentaux et constituants de toutes ces parties sont des cellules épidermiques dans les diverses phases de leur développement : de jeunes cellules à noyaux entourés d'une zone transparente ; des cellules plus volumineuses, à noyaux un peu rapetissés et granuleux; et enfin, dans les parties superficielles, des

feuillets dans lesquels le noyau tend à disparaître. Des papilles se trouvent également dans le fond de l'ulcère; seulement elles y sont recouvertes d'une couche de bourgeons charnus et de fausses membranes dans lesquelles on trouve un mélange d'éléments de fibrine, de pus et d'épiderme.

Réflexions.

Nous avons affaire ici à une affection cancroïde et non cancéreuse. Non seulement l'examen microscopique démontre l'existence de papilles, soit hypertrophiées, soit de nouvelle formation et d'épiderme hypersécrété, mais en même temps on constate l'absence de tout élément vraiment cancéreux. La structure anatomique ne présente par conséquent point de doute.

L'étude clinique, dans ce cas, n'est pas moins concluante. Nous voyons une femme de soixante-dix ans, dont la santé générale n'a éprouvé aucune atteinte, et qui, plus de quatre ans avant d'entrer à l'hôpital, s'aperçoit qu'elle porte une petite verrue sur le dos de la main; elle coupe cette verrue, la gratte fortement ensuite, mais elle ne parvient pas à l'enlever en totalité. Il s'ensuit une inflammation vive et une repullulation plus active de la verrue, qui, cette fois, devient bientôt une véritable tumeur verruqueuse. Pendant longtemps, la marche de ce mal est lente, la tumeur s'accroît peu à peu et sans gêner la malade; mais après plus de quatre ans de durée, elle s'ulcère, et c'est alors que toute cette affection prend des proportions plus considérables. Un vaste ulcère s'établit peu à peu et envahit tout le dos de la main, au point de rendre les mouvements du poignet et des doigts presque impossibles. L'amputation alors est pratiquée, et la malade guérit.

Les anciens chirurgiens auraient dit que ce mal a été

pendant longtemps de nature bénigne, et que plus tard la tumeur est devenue maligne, qu'elle a dégénéré, qu'elle est devenue cancéreuse. Cette manière de voir ne repose sur aucune donnée positive, et ici la physiologie pathologique nous rend bien mieux compte de la marche de la maladie. Une petite verrue est irritée et s'enflamme; l'inflammation cesse, mais l'hypérémie et un travail plus actif de nutrition persistent; de là une hypertrophie notable des papilles et de l'épiderme. La nutrition vasculaire s'établit dans tous les points de la tumeur; mais à mesure que celle-ci prend de plus grandes dimensions, cette nutrition éprouve naturellement des obstacles, et c'est pour cette raison que survient le travail ulcéreux. Mais malgré la longue persistance de la maladie, il est impossible de méconnaître sa nature strictement locale.

XIe OBSERVATION.

Femme de trente-sept ans; tumeur sur la grande lèvre gauche depuis vingt ans; plusieurs opérations incomplètes; accroissement lent pendant dix-sept ans, ensuite inflammation, ulcération et multiplication des tumeurs. Tubercules pulmonaires, pneumonie. Mort. Éléments hypertrophiés, vascularisés et ulcérés du derme et de l'épiderme, constituant toute la masse du cancroïde.

La femme Boissière (Annette), âgée de trente-sept ans, lingère, née à Nevers, est entrée au commencement de septembre 1847 à l'Hôtel-Dieu, dans la division de M. Louis, salle Saint-Joseph, n° 15.

Son père est mort à quarante-deux ans, après deux ans de maladie; il toussait et crachait beaucoup et avait beaucoup maigri. Sa mère est morte à l'âge de trente-cinq ans; elle avait souvent eu des pertes de connais-

sance, et dans un de ces accès, elle fit une chute qui occasionna la mort. La malade n'a qu'un frère âgé de trente-neuf ans et qui se porte bien. La première et la seule maladie dont elle paraît avoir été atteinte précédemment est la petite vérole, qu'elle a eue dans sa huitième année, sans en conserver de marques. Elle a été toute sa vie disposée à de la diarrhée, mais à un degré très modéré. Jamais d'affection scrofuleuse.

Les règles sont apparues à l'âge de onze ans et n'ont été régulières qu'à partir de quinze ans. Elle n'a point été mariée, mais elle a eu trois enfants de 1831 à 1834, des grossesses heureuses et des couches faciles; ses enfants sont tous les trois morts en bas âge. Elle dit ne s'être point livrée à l'onanisme.

Vers l'âge de dix-sept ans, et six mois avant ses premiers rapports sexuels, elle s'aperçut de l'existence d'un petit bouton sur la grande lèvre gauche, vers le tiers inférieur. Il avait le volume d'une tête d'épingle, la couleur de la peau et l'aspect d'une verrue. Elle y éprouva des démangeaisons et se gratta beaucoup, ce qui cependant n'irrita point la petite tumeur. Pendant six mois le mal augmenta au point d'acquérir le volume d'une petite noisette; sa surface était irrégulière comme une mûre; sa couleur ne différait pas sensiblement de celle de la peau ambiante; enfin elle était plus étroite à la base que dans le reste de son étendue. Le siége de la tumeur étant à la surface externe de la grande lèvre, elle ne la gênait point pendant les approches sexuelles.

Trois mois plus tard, c'est-à-dire neuf mois à partir du début, on engagea la malade à entrer à l'hôpital de Nevers pour se faire opérer. On coupa la tumeur à sa base avec des ciseaux et l'on cautérisa la plaie avec le nitrate d'argent. Le mal reparut au bout de trois à quatre jours, et pendant un séjour de plusieurs mois à l'hôpital, on coupa deux fois par semaine les végétations,

qui reparurent toujours dans la petite plaie. Au bout de ce temps, le chirurgien déclara le mal incurable. Dès cette époque, la malade ne fit que laver la tumeur trois à quatre fois par jour avec de l'eau fraîche. En quittant l'hôpital, la grosseur avait à peu près atteint le même volume d'une noisette qu'elle avait eu avant la première opération ; elle n'avait changé ni de couleur ni d'aspect et n'était le siége d'aucune douleur.

A l'âge de vingt ans la malade habita Paris. La tumeur était toujours au même point, et même pendant les cinq ou six années suivantes, elle ne grandit que très lentement, et ce n'est que pendant le temps des règles qu'elle était le siége de quelques picotements peu douloureux. Ses trois grossesses n'eurent qu'une influence peu marquée sur la marche de la maladie locale, et elle n'y éprouvait aucune douleur pendant le travail de l'accouchement. Après la troisième couche, en 1834, la tumeur avait le volume d'une petite pomme d'api ; elle était devenue rouge, un suintement séreux peu abondant s'était établi à sa surface ; elle n'était pas douloureuse au toucher. Ayant atteint peu à peu le bord interne de la grande lèvre, la tumeur commença à la gêner pendant le coït déjà à partir de 1834, ce qui ne l'empêcha point de s'y livrer à peu près deux ou trois fois par semaine, jusqu'au commencement de 1845. Elle y renonça alors, à cause des vives douleurs que les rapports avec les hommes lui firent éprouver, peut-être aussi à cause de la mauvaise odeur qu'exhalait son mal.

Elle n'a point eu de pertes blanches ; elle affirme n'avoir jamais eu de maladies vénériennes, et n'a eu ni pertes utérines ni autres hémorrhagies, à l'exception de celles qui, depuis trois ou quatre ans, étaient survenues à la surface de son mal.

Depuis trois ans, c'est-à-dire au bout de dix-sept ans de durée, un certain nombre de petites tumeurs analogues

à la première parurent successivement autour de celle-ci, qui prit en même temps un accroissement rapide. Depuis deux ans, suppuration à la surface, sur plusieurs points. Un certain nombre de ces grosseurs devinrent noire après avoir duré pendant quelques mois, et se flétrirent; la malade en put arracher plusieurs avec les doigts, ce qui donna lieu chaque fois à une hémorrhagie d'un demi-verre de sang à un verre et plus. Il y a dix-huit mois, le mal commença à répandre une odeur de plus en plus fétide. Enfin, depuis sept à huit mois, il est survenu des douleurs parfois assez vives à la partie postérieure de la cuisse gauche et quelquefois le long de la jambe (névralgie sciatique). Pas d'engorgement glandulaire autour de ces tumeurs, devenues peu à peu fort étendues.

La santé générale ne s'est affaiblie que depuis deux ans, et la malade a surtout maigri depuis le commencement de cette année (1847). Elle attribue cet amaigrissement aux hémorrhagies fréquentes qui ont eu lieu à la surface des tumeurs; les efforts qu'elle faisait pour aller à la garde-robe les provoquèrent assez souvent. Pendant l'été dernier, elle a eu les pieds enflés. L'appétit s'est bien conservé. Depuis un an, son ancienne disposition à la diarrhée est devenue plus forte, et pendant les derniers neuf mois, elle eut tous les jours deux ou trois selles liquides sans coliques, parfois même huit ou dix; jamais de douleurs dans les tumeurs en allant à la garde-robe. La respiration est restée libre. Pas de mouvement fébrile jusqu'aux derniers mois, pendant lesquels elle a eu souvent des sueurs nocturnes peu abondantes.

État actuel, le 15 *septembre* 1847. — La malade est d'une taille moyenne et exempte de difformités. Intelligence moyenne, mémoire bonne; cheveux châtains, yeux bleus, lèvres pâles; maigreur prononcée, faiblesse notable; elle ne peut marcher à cause de la douleur sciatique qui persiste toujours.

Lingère jusqu'à l'âge de vingt et un ans, chez ses parents, elle ne souffrit pas de privations. Depuis son séjour à Paris, elle a d'abord travaillé dans une imprimerie, se nourrissant bien, mais n'ayant que peu d'heures de sommeil, et habitant une chambre humide, sans influence fâcheuse sur sa santé. Pendant les dernières années, elle a été cuisinière et se trouvait alors mieux logée. Enfin, pendant les huit mois qui précédèrent sont entrée à l'hôpital, elle n'a pu travailler et a vécu de ses économies. C'est au logement humide qu'elle a habité pendant qu'elle travaillait dans l'imprimerie, qu'elle attribue les douleurs qui, d'abord vagues et légères, se sont fixées plus tard sur le membre inférieur gauche.

Bonne conformation du thorax; fonctions respiratoires et battements du cœur à l'état normal; pouls à 100. Sommeil agité et souvent nul, malgré l'absence de douleurs autres que la névralgie sciatique, qui cependant n'est pas assez intense pour rendre compte de la disposition à l'insomnie. Organes des sens en bon état; de temps en temps épistaxis aboudantes. Absence de toute autre hémorrhagie que celle du mal local.

Les fonctions digestives sont régulières, à part une diarrhée survenue depuis quelques jours seulement (quatre ou cinq selles liquides par vingt-quatre heures, sans coliques) ; abdomen tendu, non ballonné, montrant des veines très développées. Le foie dépasse le bord des fausses côtes d'un travers de doigt; son normal dans ce point, où la percussion est un peu douloureuse, ainsi qu'à l'épigastre, qui est sensible à la pression et sans douleurs spontanées. Elle n'a plus ses règles depuis deux ans; elle n'a point d'écoulement blanc. Le toucher ne fait rien découvrir de morbide ni dans le vagin, ni au col de l'utérus ; elle urine bien, les urines ont leur couleur normale. La partie postérieure de la cuisse et le

jarret gauche sont douloureux à la pression. Les articulations du membre n'offrent rien de morbide, et il en est de même des gros vaisseaux. Absence de glandes engorgées au pli de l'aine.

Le mal local commence au-dessus du pubis. A deux travers de doigt environ au-dessus de l'arcade pubienne se voit une petite tumeur de la grosseur d'une noisette, avec ulcération présentant des bords taillés à pic, et montrant dans le fond. baigné d'un liquide jaunâtre. des saillies granuleuses et comme papillaires. Au-dessus de cette tumeur existe une fistule dans la peau, ayant 2 à 3 millimètres de profondeur. A partir de 2 centimètres au-dessous de cette fistule jusqu'en arrière et au-dessus de l'anus, l'affection locale occupe, sans interruption, une étendue de 23 centimètres de longueur sur 6 à 9 de largeur. Son aspect général est celui de végétations rouges, en forme de choux-fleurs, et dont la base commune est constituée par la peau qui entoure la vulve et surtout par celle des grandes lèvres, du périnée, du pourtour de l'anus et de la portion inférieure de la région coccygienne. Les saillies inégales, les petites tumeurs, varient depuis le volume d'un pois jusqu'à celui d'une grosse amande; leur forme, pour la plupart à contours arrondis, est cependant irrégulière dans un certain nombre. Il y en a qui offrent un pédicule rétréci, d'autres reposent sur une base plus large de la peau malade. La surface de plusieurs est chagrinée et rugueuse ; d'autres, plus nombreuses, ont une surface vivement injectée, rouge, non ulcérée; d'autres enfin sont recouvertes à leur surface d'ulcérations dont la plus grande se trouve en arrière de l'anus et offre à peu près les dimensions d'une pièce de cinq francs; elle montre partout des végétations épaisses et irrégulières. Cette surface ulcérée est rougeâtre par places, tandis que sur d'autres points elle est jaune, d'une teinte purulente.

Les fistules qui existent dans plusieurs endroits ne dépassent pas l'épaisseur du derme, et plusieurs sont recouvertes d'une espèce de pont (1). La vascularité à la fois abondante et très superficielle sur plusieurs tumeurs, ainsi que dans le fond des ulcères, rend bien compte des hémorrhagies fréquentes. Toute cette masse exhale une odeur putride et fournit une suppuration sanieuse et abondante. L'examen le plus attentif montre le siége superficiel de ce mal, qui ne pénètre nulle part dans le vagin et dans l'anus. Ces tumeurs n'excitent point de douleurs spontanées.

Le traitement n'a pu être que palliatif. L'odeur putride a été combattue par du chlorure de chaux placé sous le lit de la malade et par la poudre de charbon appliquée à la surface du mal. Des boissons aromatiques et des toniques ont été en outre administrés.

A partir du 1er octobre, la maigreur et la faiblesse augmentent graduellement; la malade ne peut plus se lever pour aller à la selle. Elle commence à tousser. Le soir la peau était chaude, le pouls fréquent, à 124; il y avait cinq ou six selles par jour. Dans la nuit, sueur abondante forçant la malade à changer de linge.

Le 2 octobre, on lui prescrivit, pour la première fois, du sulfate de quinine (3 pil. de 0gr,15). Ce médicament n'eut aucun effet sur les sueurs, ni sur la fréquence du pouls; la dose en fut portée jusqu'à 5 pilules, et on le supprima le 20 octobre. La toux continua sans être influencée par les préparations opiacées. A l'auscultation, retentissement marqué de la voix aux deux sommets en arrière; on constate du râle sifflant à la base du poumon droit.

(1) Cet examen, difficile pendant la vie, a pu être fait d'une manière plus complète après la mort, et a mis hors de doute la très petite profondeur des fistules.

Depuis le 5 novembre, petites plaques pultacées reposant sur un fond rouge, sur la langue et la face interne des lèvres. La malade usa d'un gargarisme alumineux, mais la stomatite persista jusqu'à la mort.

Durant tout le mois d'octobre, douleur vague tout le long de la cuisse et de la jambe gauche, et siégeant plutôt à la face antérieure de la cuisse, mais sans trajet déterminé, sans point douloureux. La peau n'avait point changé de couleur, il n'y avait point d'œdème autour des malléoles, pas de gonflement aux articulations. La douleur s'exaspérait pendant les mouvements. (On fit des frictions sèches, et l'on enveloppa le membre de coton cardé.)

Quant à la tumeur, il ne s'y opéra aucun changement notable. Il n'y a à mentionner qu'un écoulement de sérosité brune, fétide, assez épaisse, qui sortit par l'anus (trois verres environ) le 13 octobre ; cet écoulement ne s'est pas reproduit depuis.

Le 31 novembre au soir, point de côté sous le sein gauche et oppression considérable. Les traits subissent une grande altération ; un peu d'œdème aux deux malléoles. Percussion également sonore en arrière des deux côtés ; respiration bronchique des deux côtés également et dans toute la hauteur, sans aucun râle. Pouls à 132, encore résistant. La malade s'affaiblit graduellement et succombe le 2 décembre.

Autopsie faite trente heures après la mort.

Tête. — Pas d'infiltration, pas d'injection des méninges. Consistance ordinaire de la substance cérébrale, piqueté presque noir, mais peu serré, dans la substance blanche des hémisphères.

Poitrine. — Pas d'adhérences des plèvres, pas d'épanchement. Au sommet des deux poumons, on trouve

un groupe de granulations tuberculeuses, jaunes au centre, noires à la circonférence, du volume d'un gros pois, avec infiltration tuberculeuse du côté droit. Lobe inférieur du même poumon plus dense, ne crépitant pas, peu friable, surnageant sur l'eau et laissant suinter un liquide foncé.

Le cœur est d'un petit volume ; ses parois sont pâles, ses valvules saines.

Abdomen.—Rien dans le péritoine, sauf des adhérences celluleuses transparentes et faibles entre la face convexe du foie et du diaphragme. Le foie déborde les côtes, il est jaune et graisse le scalpel. La rate et les reins sont sains. La vessie contient un demi-verre d'urine, sa face interne est pâle, ses parois ne sont ni épaissies, ni indurées. L'intestin contient un peu de matières grisâtres liquides. Le gros intestin a ses parois d'épaisseur normale ; la muqueuse en est pâle, les lambeaux ont 1 à 2 centimètres. Dans l'iléon, la face interne présente, dans l'espace d'un demi-mètre, un ramollissement avec amincissement de sa muqueuse. Dans un point se trouve une ulcération n'intéressant que la muqueuse (qui est rouge tout autour). Le fond de cette ulcération n'a pas plus d'un millimètre de diamètre. Dans tout l'espace indiqué de l'iléon, la paroi intestinale est mince et fournit des lambeaux de plus de 5 millimètres. L'estomac est sain.

L'utérus et ses annexes ont leur volume normal (hauteur de l'utérus, 4 centimètres et demi). Les parois de cet organe sont saines comme son col et sa cavité. Il en est de même du vagin, dont la muqueuse, de 2 millimètres d'épaisseur et d'un blanc jaunâtre à la coupe, a une consistance égale partout.

Affection extérieure du pourtour de la vulve et de l'anus. — J'insiste avant tout sur ce fait, qu'en enlevant la peau qui était le siége de la maladie, nulle part au-dessous

le tissu cellulaire sous-cutané, et par conséquent les parties situées plus profondément, n'ont été trouvés malades. C'est donc le derme qui, pendant vingt ans, a été le siége exclusif des tumeurs.

Comme les différences de structure dans un grand nombre d'endroits divers ne varient que d'épaisseur, nous pouvons les décrire ensemble, en ajoutant seulement le minimum et le maximum d'étendue. Nous avons étudié sur des coupes verticales et horizontales la structure des pièces fraîches intactes et des pièces soumises, soit à la coction dans de l'eau bouillante, soit à la macération dans de l'acide acétique (1).

L'examen du tissu, fait d'abord à la loupe et avec de faibles grossissements microscopiques, montre à la surface des endroits non ulcérés un réseau abondant de vaisseaux. Avec des grossissements plus forts (500 diamètres), on peut se convaincre que les éléments qui recouvraient les ulcérations ne sont que du pus avec ses globules, et de l'épiderme avec ses feuillets et ses cellules.

En pratiquant des coupes verticales, on voit successivement une couche épidermique homogène, une couche très vasculaire, une couche épidermique ondulueuse, formant des capuchons sur les papilles, et ensuite celle-ci se continuant à leur base dans les fibres horizontales du derme, dont les couches profondes sont unies par places au tissu cellulaire sous-cutané. La teinte des couches épidermiques et des papilles est d'un jaune clair ; celle du derme, d'un blanc mat. La pression n'en fait sortir

(1) La coction avait l'avantage de durcir suffisamment le tissu pour en prendre des tranches très fines; l'emploi de l'acide acétique présentait celui de rendre les morceaux et les tranches bien plus transparentes. L'étude sur des pièces non soumises à un procédé chimique servait enfin de base et de contrôle à tout l'examen.

aucun liquide ni suc. L'épaisseur de la couche épidermique varie entre 1 et 3 millimètres; celle du derme entre 5 millimètres à 2 centimètres et au delà.

Au-dessous de l'épiderme, on peut mettre à nu, par la dissection, des papilles coniques légèrement pointues à leur extrémité, et formées dans leur intérieur d'un tissu fibreux qui renferme un certain nombre de noyaux fibro-plastiques. Le derme, enfin, ne montre qu'un feutrage de tissu fibrillaire. Les couches horizontales montrent fort bien la coupe des papilles et des vaisseaux dont plusieurs sont contenus dans chaque papille. Dans quelques préparations, on peut reconnaître les conduits excréteurs des glandes sudoripares et sébacées.

Nulle part on ne voit, ni à l'œil nu, ni au microscope, les éléments caractéristiques du squirrhe ou de l'encéphaloïde.

Quant aux cellules épidermiques et aux fibres des tumeurs, elles sont celles que l'on rencontre généralement dans la peau, notablement augmentées seulement dans leur quantité. Tous les éléments visibles soit à l'œil nu, soit à la loupe ou au microscope, sont également ceux de la peau normale, mais très hypertrophiés et devenus en partie méconnaissables par leur forte vascularisation et par le travail d'ulcération.

Réflexions.

Nous avons affaire ici à une de ces maladies qui offrent avec le cancer à la fois des analogies et des différences.

Nous comptons parmi les premières la tendance du mal à se propager de proche en proche, à s'ulcérer, et à fournir des hémorrhagies pendant les derniers temps.

Quant aux différences, nous pouvons bien signaler comme telles la marche et surtout la durée de la maladie, qui a été de vingt ans. Il n'est pas moins important,

d'insister sur le fait que le mal est toujours resté local, et que non seulement il ne s'est pas manifesté de tumeurs cancéreuses dans les organes éloignés, mais que même ni les parties sous-jacentes, ni les glandes lymphatiques voisines, ne sont devenues le siége d'aucune altération. Quant à l'insuccès des opérations, il tient essentiellement au procédé opératoire fort imparfait qui a été mis en usage. De très nombreuses études sur ce genre de productions nous ont convaincu de la nécessité d'enlever, en cas pareil, la peau dans une certaine étendue, d'opérer au milieu des parties saines et de l'enlever surtout dans toute son épaisseur. La repullulation a eu lieu ici, parce qu'on n'avait coupé, pour ainsi dire, que les feuilles d'un arbre dont on avait laissé les racines. Nous insistons enfin sur le fait que l'examen anatomique, microscopique et chimique des tissus morbides après la mort, a démontré, d'un côté l'absence d'éléments cancéreux, et d'un autre, l'existence des éléments physiologiques du derme et de l'épiderme; éléments altérés, il est vrai, par un travail morbide, mais reconnaissables d'une manière non douteuse.

Un autre fait aura frappé le lecteur dans cette observation, c'est l'état de cachexie qui a terminé les jours de la malade. On ne peut l'attribuer à l'affection tuberculeuse qui n'est survenue que pendant les derniers temps, et qui elle-même a probablement été plutôt l'effet que la cause. Mais cette cachexie s'explique parfaitement, et par l'abondance de la suppuration, et par la fréquence des hémorrhagies. Ne voyons-nous pas souvent des malades succomber à des suppurations abondantes avec tous les signes du dépérissement, sans qu'on soit en droit d'admettre une cachexie tuberculeuse ou cancéreuse.

En général, dans l'état actuel de la science, on abuse du terme de cachexie. Il nous paraît de toute importance de déterminer si, dans les maladies chroniques incu-

rables, le dépérissement qui précède la mort est causé par des pertes abondantes de sang, par des suppurations copieuses, par des diarrhées opiniâtres, par la gêne fonctionnelle des organes les plus importants pour l'entretien de la nutrition, ou si elle existe malgré l'absence de toutes ces causes matérielles. Il est essentiel aussi de déterminer si la mort est causée par une altération générale de toute l'économie, sans que les désordres locaux soient suffisants pour en rendre compte.

En résumé, nous constatons de nouveau dans cette observation, comme dans les précédentes, des différences notables de structure et de marche entre cette affection cancroïde et le vrai cancer. Nous constatons ainsi de plus en plus qu'un groupe naturel de phénomènes et de lésions constitue le cancroïde comme affection foncièrement différente du cancer.

XIIe OBSERVATION (1).

Cancroïde de la verge chez un homme de quarante-six ans. Chancre phagédénique syphilitique; amputation de la verge suivie de guérison, puis de récidive six mois après. Tumeur ulcérée dans l'aine. Mort. — A l'autopsie : nature épidermique des produits accidentels, infection épidermique des glandes de l'aine, et absence de tumeurs cancéreuses.

Legoupil (Jean-Philippe), âgé de quarante-six ans, d'une taille élevée, embonpoint médiocre, cheveux assez abondants, presque gris, barbe épaisse, entre le 2 novembre 1847 à l'hôpital du Midi dans le service de M. Ricord, salle n° 15.

(1) Nous avons observé ce cas en commun avec M. le docteur Leudet, alors interne de M. Ricord. C'est à son obligeance que nous en devons la première partie, qui contient les détails antérieurs à la première opération.

Il jouissait habituellement d'une bonne santé avant sa maladie actuelle. Vacciné à l'âge de quatre à cinq ans, il n'a jamais eu la variole ; vers l'âge de vingt ans, il a été atteint d'une affection peu grave, ayant nécessité à peine un court séjour au lit, et caractérisée par de petites pustules cutanées qui n'ont laissé aucune trace.

Sa mère est morte à l'âge de quarante-neuf ans d'une maladie de poitrine de courte durée qui ne la retint que quelques jours couchée. Son père, actuellement vivant, a soixante-quatorze ans.

Le malade a exercé pendant sa jeunesse la profession de cultivateur auprès de son père ; il a servi ensuite dans l'armée pendant près de six ans. Jamais, même dans son enfance, il n'a été sujet à des grosseurs à la partie antérieure ou latérale du cou. Il ne tousse pas habituellement et s'enrhume rarement; il n'a jamais craché de sang.

Il a eu dans sa jeunesse plusieurs blennorrhagies (au moins sept) qui se guérissaient facilement par un traitement émollient. Depuis l'âge de vingt-quatre ans, il vit maritalement avec une femme ; néanmoins il a fréquemment des rapports sexuels avec d'autres. La première blennorrhagie eut lieu à l'âge de vingt-cinq ans. A cette époque, il reçut dans le côté gauche de la poitrine un coup de pied de cheval, ce qui le retint six semaines à l'ambulance. A l'âge de vingt-huit ans, ulcérations de l'impasse du prépuce et du gland, nombreuses et presque indolores, bien limitées, dit-il, grisâtres, et qu'il assure avoir été des chancres. Aucun gonflement douloureux vers les régions inguinales. Les chancres guérirent, mais le malade ne sait s'il a pris du mercure. Il demeura ensuite dix ans environ sans aucune trace de maladie vénérienne ; aucun symptôme ne se manifesta vers la peau, ni vers la bouche. Il fut seulement atteint d'un écoulement d'apparence purulente à l'anus, qui jamais ne fut

constaté par un médecin et qui guérit spontanément. Dans cet espace de temps, le malade ne se rappelle pas avoir souffert de douleurs vagues ou localisées dans une partie quelconque de l'économie ; il se souvient seulement d'avoir vu diminuer sa chevelure, auparavant très fournie. Dix ans environ après les chancres dont nous venons de parler, sans s'être écorché la lèvre et sans s'être jamais livré à des habitudes contre nature, le malade s'aperçut d'une petite ulcération siégeant à la lèvre supérieure au niveau de la deuxième incisive droite. Cet ulcère, que le malade croit, sans pouvoir l'assurer, avoir débuté par la surface externe, était rougeâtre, à bords mal limités, se recouvrant de croûtes jaunâtres, et se propagea en hauteur dans la direction de la branche montante de l'os maxillaire supérieur. Le malade ne parut pas avoir perdu aucun fragment osseux par cette ulcération, qui se prolongea pendant six mois avant d'arriver à une guérison complète ; l'œil ne fut jamais malade. Jamais non plus, pendant toute la durée de la maladie, il n'y eut d'engorgement sous-maxillaire. Il fut traité par les cautérisations locales au moyen du nitrate acide de mercure, par la tisane de bardane et la salsepareille.

Aujourd'hui, en examinant le lieu occupé anciennement par cette ulcération, on trouve une cicatrice blanchâtre de forme triangulaire, la base dirigée vers la lèvre supérieure, la pointe vers le grand angle de l'œil ; d'une couleur blanchâtre, lisse par places, et à bords irréguliers. Au niveau de l'articulation des os propres du nez avec la branche montante du maxillaire supérieur, on trouve une dépression de la grandeur d'une pièce de vingt centimes, et facile à sentir avec le doigt ; l'os du nez ne paraît pas complétement détruit ; la narine est un peu moins large à droite qu'à gauche. Le malade pense aussi que l'odorat est un peu moins développé de ce côté.

Depuis 1835 jusqu'à l'été 1846, il ne s'aperçut d'au-

cune maladie syphilitique, ni d'aucune autre affection.

Dans le courant de septembre 1836, le malade remarqua une petite grosseur blanchâtre, dure, du volume d'un pois, sans douleur spontanée et à la pression, siégeant sur le côté gauche du gland, près de sa couronne. Cette petite tumeur resta dans le même état pendant trois ou quatre mois, n'inquiétant nullement le malade. Puis, sans cause connue, elle augmenta, acquit bientôt la grosseur d'une noisette, plus large au sommet qu'à la base; elle devint douloureuse, blanchâtre, semblable par son aspect à un champignon, et donnant lieu à l'écoulement d'un liquide jaune verdâtre, mais non à des grumeaux blanchâtres ou à du sang. Un médecin qu'il consulta lui fit prendre de la tisane de salsepareille et de la liqueur de Van Swiéten, puis, comme application locale, lui conseilla le nitrate acide de mercure. Pendant neuf mois que le malade continua ce traitement, la tumeur augmenta de volume, s'étendit sur la surface du gland et parvint jusqu'à un centimètre du méat urinaire, occupant encore les deux tiers du gland; le prépuce était repoussé en arrière et parfaitement sain.

Quand le malade se présenta, le 2 novembre 1847, dans le service de M. Ricord, il était dans l'état suivant :

État général satisfaisant; fonctions digestives intactes, appétit excellent; teinte pâle de la peau, mais non jaunâtre. Le gland était envahi par une plaie à bords indurés profondément dans toute l'étendue du gland; canal un peu envahi, le tiers seulement subsistant intact, le reste déjà en partie détruit. Le fond de la plaie est anfractueux, couvert par une espèce de fausse membrane grisâtre, molle, intimement adhérente aux anfractuosités nombreuses du fond et des bords de cette ulcération. Le prépuce, volumineux, dur, forme autour du gland une enveloppe qui le recouvre incomplétement; il est d'un rouge peu marqué et atteint d'un œdème

dur. Point de ganglions volumineux dans les régions inguinales; pas de ganglions cervicaux supérieurs engorgés.

On prescrit le quassia amara, et 3 grammes d'iodure de potassium par jour. Pansement avec la solution d'iode à 2 pour 100.

Le 2 novembre, M. Ricord, ayant quelques doutes sur la nature de l'ulcération, fait deux inoculations successives aux cuisses; leurs résultats ne permettent aucun doute sur la nature syphilitique du mal.

En mars 1848 (1), la verge était dans l'état suivant: Sa forme est celle d'une massue à grosse extrémité dirigée vers la partie libre; le prépuce est ramené en avant au-dessus des restes du gland; son orifice est considérablement rétréci et laisse à peine apercevoir quelques mamelons inégaux d'une couleur rougeâtre, parmi lesquels on ne distingue pas l'urètre; le prépuce et son fourreau sont extérieurement d'une couleur rouge luisante, analogue à la peau érysipélateuse. A peu près à un centimètre et demi de l'extrémité libre, on rencontre deux petites fistules qui donnent écoulement à un peu de liquide transparent nullement fétide, quelquefois à un liquide ayant l'aspect de l'urine. La consistance de ces parties est uniformément dure au toucher, sans bosselure, sans empâtement marqué; la pression, non douloureuse, fait disparaître la rougeur, qui reparaît immédiatement dès que la pression cesse. L'épaisseur des téguments de la verge diminue insensiblement vers le pubis, où elle se termine. Sur une longueur de la verge de $0^{m},08$ dans l'état flasque, on en trouve $0^{m},06$ atteints d'induration; près de l'ouverture du prépuce, la circonférence de la verge est de $0^{m},135$; à $0^{m},04$

(1) Les notes sur la marche de la plaie ont manqué depuis novembre 1847 jusqu'au mois de mars suivant dont il est ici question.

au-dessous, de $0^{m},12$; près de la racine enfin, de $0^{m},09$.

A en croire le malade, l'induration aurait déjà occupé au mois de septembre dernier le tiers de la longueur de la verge, et à peu près les deux tiers quand il fut admis au mois de novembre à l'hôpital. Actuellement, un centimètre à peu près du pénis, vers sa base, paraît dépourvu d'induration. Les deux ouvertures fistuleuses sont situées à la même hauteur sur la partie latérale droite et supérieure de la verge; leur orifice, très petit et légèrement saillant, permet l'introduction d'un stylet dans une longueur de $0^{m},015$ environ. Ces ouvertures se sont formées depuis deux mois et demi environ et ont donné lieu à l'écoulement d'une matière pyo-sanguinolente. Il y a un mois, sans cause connue, la verge se tuméfia considérablement et la rougeur devint extrême, avec une sensation de chaleur brûlante et élancement. Des émollients firent disparaître ces accidents en douze à quinze jours; l'épiderme tomba.

Pendant quinze jours que ce malade fut soumis à notre observation, avant l'opération dont il va être question, aucun phénomène nouveau ne se produisit dans l'état local ou général. Jamais le malade n'accusa aucune difficulté dans l'émission des urines.

Opération. — Le 23 mars 1848, M. Ricord pratiqua l'amputation de la verge d'après le procédé ordinaire, légèrement modifié par le docteur Melchior Robert. On soumit le malade aux inhalations du chloroforme, et l'opération ne présenta rien de particulier, si ce n'est que la sonde fut arrêtée dans la région prostatique par un obstacle dur qu'on n'essaya pas de franchir, et que la plaie de l'amputation présenta, au niveau des corps caverneux, des points durs de nature suspecte, et qui furent enlevés par M. Ricord.

Description anatomo-pathologique. — La portion de verge enlevée avait une longueur de $0^{m},058$, et compre-

nait $0^m,032$ du corps caverneux. Dans son plus grand diamètre, la verge avait $0^m,045$.

Le prépuce est gonflé. Ses bords ont de $0^m,01$ à $0^m,015$ d'épaisseur ; ils sont durs, blanchâtres, sans mamelonnements évidents, excepté à la partie inférieure, où l'on trouve quelques inégalités produites comme par le plissement des tissus les plus internes, La consistance de ces bords est assez grande, analogue à celle du squirrhe, mais ne criant pas sous le scalpel. Il suinte de l'incision un liquide peu abondant, inodore, parfaitement transparent, et les surfaces incisées laissent voir un tissu blanchâtre, strié, d'une couleur nacrée, nullement grisâtre.

Le prépuce, tel que nous venons de le décrire, entourait une cavité au fond de laquelle étaient plusieurs saillies, dont deux plus volumineuses correspondaient, la plus inférieure à l'extrémité du canal de l'urètre, la plus supérieure à celle des corps caverneux. Cette dernière, de beaucoup la plus considérable, ayant la forme d'un cône tronqué, était blanchâtre, dure, consistante au toucher, d'un aspect lardacé, sans aucune trace d'organisation, assez bien isolée de l'autre éminence et du prépuce qui, à ce niveau, et dans le reste de sa longueur, n'offre plus l'altération signalée plus haut ; il est assez adhérent aux corps caverneux malades, mais peut facilement en être séparé au moyen du scalpel.

Les corps caverneux ont perdu complétement leur apparence spongieuse érectile ; ils sont durs au toucher ainsi qu'à la coupe, et ne contiennent aucune cavité dans leur intérieur.

L'urètre n'a été incisé que dans une longueur de $0^m,015$; il se termine dans le mamelonnement inférieur que nous avons déjà décrit, taillé en biseau aux dépens de sa face supérieure. Il est à son intérieur d'un rouge

peu marqué, souple au toucher et mobile sur les tissus sous-jacents, dont on le sépare facilement au moyen de la dissection.

Nous avons examiné cette altération au microscope. Le tissu du prépuce, comme l'altération des corps caverneux, était de la même nature. Avec un faible grossissement, on apercevait comme des globules, qu'un grossissement considérable montrait être constitués par des lamelles épidermiques accolées; par places on trouvait quelques fibres élastiques. Nulle part il n'y avait de cellules cancéreuses caractéristiques. Le fond de la cavité, dont les parois étaient constituées par le prépuce, laissait suinter un liquide pyo-sanguinolent, que l'examen microscopique montra contenir réellement du pus.

L'état du malade après l'opération fut très satisfaisant. La cicatrisation de la plaie se fit régulièrement; elle était complète dès le 14 avril, et le malade quitta l'hôpital le 19, en apparence très bien guéri. Les ganglions inguinaux ne présentaient aucun changement de volume.

Nous avions constaté, en examinant la pièce, l'existence d'amas épidermiques sur la coupe même des corps caverneux, ce qui nous fit aussitôt mal augurer des suites de l'opération. En effet, au bout de trois mois seulement, le malade revint à l'hôpital avec une récidive, et l'on constata l'existence d'une ulcération à la base de la verge tout autour de la cicatrice, et en outre une tumeur glandulaire dans l'aine gauche, de dimensions notables, et qui bientôt s'ulcéra à sa surface et se transforma en un ulcère creux assez volumineux pour loger un œuf de poule. La santé générale du malade commença dès lors à s'altérer.

Comme à l'hôpital on regardait cette récidive comme une preuve certaine de la nature vraiment cancéreuse de l'affection première; cependant nous avons examiné à plusieurs reprises cet ulcère glandulaire au microscope,

et constaté d'abord à la surface interne de l'ulcère, à peu près l'absence de pus, mais de l'épiderme altéré, et, dans les parois, du tissu épidermique caractérisé par des feuillets et beaucoup de globes concentriques d'épiderme.

Pendant les mois qui suivirent cette seconde admission, l'abcès glandulaire de l'aine gauche avait pris de grandes dimensions et avait successivement envahi la majeure partie de la région inguinale. Cet ulcère fournissait une suppuration sanieuse, fétide, et présentait une apparence putride, un fond et des parois mollasses et d'un gris noirâtre. Les glandes inguinales du côté opposé ont été également envahies ; il s'y est formé une tumeur composée de plusieurs glandes lymphatiques dont l'ensemble a peu à peu atteint le volume d'un œuf de pigeon. Le tronçon de la verge s'est également transformé en un ulcère creux et putride.

Le malade, après avoir présenté les signes de l'infection putride, un affaiblissement graduel, un affaissement notable et une fièvre continue, a succombé le 27 novembre 1848, sans grandes souffrances, et sans être arrivé à un degré très avancé de marasme. La mort a eu lieu dix mois après l'opération.

Autopsie faite trente-six heures après la mort.

La température n'étant que de quelques degrés au-dessus de zéro, il n'y a que bien peu de traces de putréfaction.

Après avoir examiné successivement tous les organes, nous constatons, M. Leudet et moi, l'absence de toute tumeur cancéreuse ou autre, éloignée du siége et des environs du mal local. Nous trouvons également tous les organes internes dans leur état presque physiologique. A la surface du poumon gauche, nous constatons d'abord des adhérences celluleuses, peu fortes du reste, qui

sont probablement les traces d'une ancienne pleurésie; de plus, le lobe inférieur de ce poumon est dans un état d'engorgement qui offre les caractères de la pneumonie au premier degré. Le foie, petit et décoloré sans être gros, renferme dans un point un de ces petits amas cristalloïdes du volume d'une lentille environ, que l'on rencontre si fréquemment dans cet organe. Rien de particulier dans le cœur, les gros vaisseaux, l'estomac, les intestins, la rate et les reins.

Le point important de cette nécropsie est l'examen des organes malades pendant la vie.

La surface du tronçon de la verge est occupée par un ulcère sanieux et fétide, d'un jaune grisâtre, au milieu duquel l'urètre est intact. Le reste des corps caverneux est transformé, dans une étendue de deux centimètres carrés environ, en une substance blanche, ferme, mais friable et assez facile à écraser, non infiltrée de suc, et donnant au grattage des grumeaux feuilletés de tissu épidermique. Sur une coupe fraîche de cette substance, on ne voit qu'une bien petite quantité de vaisseaux. Au-dessous de l'endroit où la verge s'attache au pubis, se trouve une petite exostose de 7 à 8 millimètres carrés, située sur la branche montante du côté gauche. La peau du scrotum est légèrement indurée à la base de la verge, mais non ulcérée et non infiltrée d'épiderme. Les testicules et les cordons spermatiques sont parfaitement sains.

L'ulcère de l'aine gauche a environ un décimètre carré d'étendue; il offre une surface fongueuse, irrégulièrement bosselée, d'une consistance molle, d'une teinte d'un gris verdâtre, jaune par places. Sa surface est humectée par un pus fétide et sanieux. En haut, l'ulcère s'étend jusqu'à l'os iliaque en dehors jusqu'à la limite externe de la cuisse, et en dedans presque jusqu'au scrotum. La base de l'ulcère a 2 à 3 centimètres d'épaisseur. Il est d'un blanc mat, granuleuse, non infiltrée de

suc et entièrement composée d'éléments épidermiques, comme le tissu du tronçon de la verge. La surface de l'ulcère, molle et verdâtre, forme une couche de 4 à 5 millimètres d'épaisseur ; elle est composée de bourgeons charnus blafards et mollasses.

Le paquet des glandes inguinales du côté droit, qui a le volume d'un œuf de pigeon à peu près, occupe verticalement le milieu du pli inguinal. On peut facilement l'isoler de tous les côtés par la dissection, et l'on reconnaît alors que toute la tumeur est formée par la réunion de quatre ou cinq ganglions lymphatiques dont le volume varie entre celui d'une fève et celui d'une amande; ils sont réunis entre eux par du tissu cellulo-graisseux.

En pratiquant une coupe verticale sur toutes ces glandes, on constate les particularités suivantes : Un des ganglions lymphatiques offre un tissu glandulaire sain dans les deux tiers de la circonférence, mais il renferme à son centre un tissu d'un blanc mat, sec, creusé d'une petite cavité pouvant loger une lentille, et située à peu près au milieu de ce tissu de nouvelle formation, dans lequel il y a absence complète de vaisseaux. Une autre glande, plus volumineuse, renferme un dépôt semblable, arrondi, mais beaucoup plus étendu, et où se trouvent également trois ou quatre petites cavités rondes ou allongées, et de même dimension que la précédente. Dans un troisième ganglion lymphatique, tout le tissu propre a presque disparu, et il est remplacé par la production nouvelle. Enfin, dans un quatrième ganglion, envahi en majeure partie par le tissu épidermoïdal, on voit au centre une matière demi-liquide d'un blanc crémeux qui diffère du pus par sa teinte plutôt que par sa consistance ; les parois de la petite cavité qui renferme cette matière sont formées par un tissu grumeleux. Il est à remarquer enfin qu'à la circonférence de cette même glande, le tissu est plus ferme et plus sec.

Nous avons donc eu sous les yeux un tissu qui offrait quelque ressemblance avec le tubercule, d'un aspect blanc homogène, non vasculaire, sec, un peu luisant, creusé par places de petites cavités qui, en s'agrandissant, auraient probablement donné lieu à des ulcères glandulaires tels que celui de l'aine gauche.

L'examen microscopique montre, à n'en pas douter, que le tissu qui sert de base à l'ulcère inguinal gauche, aussi bien que celui des ganglions lymphatiques de l'aine droite, et que le tissu du tronçon de la verge, sont essentiellement formés d'éléments épidermiques. On voit généralement partout un épithélium pavimenteux à cellules volumineuses de 0mm,04 à 0mm,05, allongées ou ovoïdes. Les cellules de dimension plus petite varient entre 0mm,02 et 0mm,03, sont rondes et renferment un noyau granuleux entouré d'un cercle transparent et variant entre 0mm,05 et 0mm,01. Beaucoup de ces cellules ont subi une infiltration graisseuse, soit parfaitement homogène, soit granuleuse. L'aspect de ces feuillets épidermiques varie à l'infini selon qu'on les voit de face ou de profil, selon qu'ils ont ou qu'ils n'ont plus de noyaux dans leur intérieur. On constate de plus de très nombreuses agminations épidermiques longues ou allongées, à couches concentriques, forme que nous avons désignée sous le nom de globes épidermiques. La composition épidermique est, du reste, la même, dans tous les points malades ; seulement, il m'a paru que l'infection granuleuse et graisseuse était d'autant plus prononcée que le tissu épidermique était plus ramolli et plus diffluent.

Réflexions.

Le cas dont nous venons de rapporter les longs détails est sans contredit un des plus instructifs dans l'histoire générale des cancroïdes. De plus, il a été le premier qui

nous ait montré toutes les phases que peut présenter l'affection épidermique des glandes lymphatiques pendant la vie, et toutes ses altérations après la mort.

Lorsque, dans les premiers temps, ce cas a été observé par M. Ricord, il existait, on se le rappelle, un chancre phagédénique à la surface du cancroïde, dont l'inoculation a mis hors de doute la nature virulente. On a vu dans cette coïncidence une preuve certaine contraire à l'assertion de M. Auzias-Turenne, que le cancer et le chancre s'excluent mutuellement. Sans attacher une grande importance aux lois d'exclusion en général et à celle-ci en particulier, nous devons dire cependant que dans le cas actuel, on n'a pas la preuve du contraire, vu qu'il s'agit d'un cancroïde et non d'un cancer.

Bien qu'il soit difficile de décider quelle part il faut faire, dans cette observation, à l'influence syphilitique sur la marche du cancroïde, il est certain cependant que la récidive a suivi de bien près la première opération. Cela n'a rien d'étonnant lorsqu'on tient compte du fait que le mal n'a pu être enlevé en totalité ; car des masses épidermiques existaient à la surface même de la coupe des corps caverneux. Toutefois la marche envahissante de la région inguinale s'est faite avec une effrayante rapidité, et ici nous voyons toute la valeur de l'analyse microscopique, qui, au plus fort de la fonte putride de la tumeur glandulaire de l'aine, n'a pas cessé de fournir les preuves les plus positives de la nature purement épidermique et cancroïde de cette affection. Ce résultat de l'observation a été pleinement confirmé dans la suite, par l'absence de toute tumeur éloignée du siége primitif de la maladie.

En dernier lieu, nous ferons observer que nous pouvons suivre, dans ce cas, toutes les phases de l'infection épidermique des glandes : 1° dépôt d'une matière sèche, blanche, entièrement composée d'épiderme ; 2° ramol-

lissement et liquéfaction partielle de ce tissu, en même temps que les feuillets qui subissent cette altération s'infiltrent de graisse ; 3° inflammation suppurative d'un ganglion infecté d'épiderme avec fonte putride de la tumeur. En dernière analyse, ce fait vient donc pleinement confirmer nos doctrines sur le cancroïde.

Maintenant que nous avons fourni des exemples des différentes formes que présentent les cancroïdes cutanés, voyons quelles conclusions plus générales on peut tirer de l'ensemble des faits.

DEUXIÈME PARTIE.

Nous avons, dans cette deuxième partie, à exposer l'analyse de l'ensemble des faits que nous avons recueillis sur les cancroïdes cutanés, et qui sont au nombre de soixante-cinq. Mais comme, sous certains rapports, cette analyse porterait sur des nombres par trop limités d'observations, il ne sera question, dans ce qui va suivre, que des généralités les plus importantes, telles que celles relatives à l'âge des sujets affectés, à leur sexe, au siége du cancroïde, à sa durée, et enfin à sa marche (1).

1° *Age des sujets atteints de cancroïde cutané.* — Il a été noté dans 59 cas, et, bien que nous ayons rencontré le cancroïde, en général, plus souvent dans la première moitié de la vie que le cancer, nous ne constatons cependant pas de différences bien notables sous ce rapport.

La plus grande fréquence pour le cancroïde des lèvres se trouve entre quarante et cinquante ans ; pour celui de la face, entre cinquante-cinq et soixante-quinze ; pour celui de la verge, entre quarante-cinq et cinquante. L'âge de la plus grande fréquence de l'ensemble de ces localisations, enfin, se rencontre entre quarante et cinquante ans ; en sorte que le cancroïde est, tout aussi bien que le cancer, une maladie qui atteint de préférence la seconde moitié de la vie.

(1) Pour plus de détails, nous renvoyons à notre *Traité pratique des maladies cancéreuses et des affections curables confondues avec le cancer*, Paris, 1851.

Voici le tableau synoptique des relevés de nos observations sur ce point.

TABLEAU I.

AGE.	CANCROIDE des lèvres.	CANCROIDE de la face.	CANCROIDE de la verge.	CANCROIDE de la vulve.	CANCROIDE du tronc et des membres	Totaux.
3 ans. . . .	»	»	»	1	»	1
20 à 30. . .	»	»	2	2	»	4
30 à 40. . .	3	1	1	1	1	7
40 à 50. . .	9	4	4	»	1	18
50 à 60. . .	2	4	1	»	2	9
60 à 70. . .	3	5	1	»	1	10
70 à 80. . .	»	6	»	»	2	8
80 à 90. . .	»	1	»	»	1	2
Totaux. .	17	21	9	4	8	59

2° *Sexe.* — Quant au sexe, il a été noté dans soixante et une de nos observations sur le cancroïde cutané. Envisagés en masse, ces faits offrent le résultat curieux d'une répartition à peu près égale pour les deux sexes, à savoir : trente et un hommes et trente femmes. Mais quelle opposition entre les deux sexes, pour les différentes localisations! Nous avons noté le cancroïde de la lèvre inférieure quinze fois sur des hommes, et trois fois, seulement, sur des femmes; tandis que le cancroïde du reste de la face a été noté dix-huit fois sur des femmes et quatre fois seulement sur des hommes, chiffre qui perd cependant beaucoup de sa valeur, en raison de cette circonstance, que nous avons recueilli beaucoup de ces observations à l'hospice de la Salpêtrière, destiné, comme on sait.

exclusivement aux femmes. Malgré cette circonstance, le cancroïde de la verge a été plus fréquent que celui de la vulve, comme 9 est à 4. Quant au cancroïde du tronc et des membres, sur huit cas il y a eu cinq femmes et trois hommes. Voici, du reste, l'ensemble de ces résultats.

TABLEAU II.

CANCROIDE.	Hommes.	Femmes.	Totaux.
Des lèvres.	15	3	18
De la face.	4	18	22
De la verge.	9	»	9
De la vulve.	»	4	4
Du tronc et des membres.	3	5	8
Totaux. . .	31	30	61

La comparaison de ces données numériques avec celles du cancer ne nous offrirait guère de résultats d'une valeur absolue ; aussi nous bornons-nous à signaler ces faits de cancroïde tels qu'ils se sont présentés à notre observation, sans leur attribuer une trop grande valeur générale.

3° *Siége du cancroïde cutané.* — Par rapport aux parties qu'il affecte, le cancroïde de la peau offre des particularités assez remarquables. La tête et les organes de la génération en sont le siége de prédilection. Ces deux régions comprennent les 11/13es de toutes nos observations, au nombre de soixante-cinq, et il ne reste que la proportion des 2/13es (dix cas) pour la vaste surface du tronc et des membres.

La proportion est loin d'être la même entre la face et les organes de la génération. La face en constitue le véritable siége de prédilection, à tel point que nous y trou

vons quarante-deux de nos soixante-cinq cas. Si nous partageons la face en deux régions, celle des lèvres et celle du reste de la figure, nous trouvons presque une répartition égale ; vingt cas pour les lèvres et vingt-deux pour le reste de la face. Il reste alors treize cas pour les organes de la génération dont neuf pour la verge et quatre pour la vulve. Nous n'avons pas observé nous-même le cancroïde du scrotum (cancer des ramoneurs, des auteurs anglais) ; mais notre opinion, émise depuis longtemps, que, dans ces cas, il s'agissait probablement d'une affection cancroïde et non d'un véritable cancer, a été confirmée, dans ces dernières années, par M. Bennett, d'Édimbourg, et par M. Giraldès. Le tableau suivant résume cette différence de siége.

TABLEAU III.

CANCROIDE.	Nombres de cas.	Totaux.
Des lèvres	20	42 (face en général).
De la face (les lèvres exceptées)	22	
De la verge.	9	13 (organes génitaux).
De la vulve.	4	
Du tronc et des membres. . .	10	10
Total. . .	. . . .	65 cas.

Sans nous faire illusion sur la valeur simplement approximative de ces chiffres, relatifs à des observations recueillies tout à fait au hasard, nous ferons remarquer que les proportions générales qui en découlent ne sont pas sans quelque importance, puisqu'elles concordent tout à fait avec les travaux dus à des hommes très expérimentés en cette matière.

Si nous entrons dans quelques détails sur les localisations du cancroïde de la peau, nous trouvons en premier lieu celui de la face et, à sa première sous-division, le cancroïde des lèvres. Nous avons recueilli vingt observations sur cette affection, et toutes se rapportent à la lèvre inférieure, tandis que, sur neuf cas de véritable cancer des lèvres, il y en avait six seulement qui siégeaient à la lèvre supérieure. Le nombre total des cancroïdes des lèvres dont j'ai fait, en outre. l'examen microscopique, dépasse aujourd'hui le chiffre 30, et tous avaient également leur siége. à la lèvre inférieure. Par conséquent le chirurgien, consulté pour une affection douteuse des lèvres, peut déjà présumer la nature cancroïde de la maladie, par le fait seul qu'elle aurait son siége à la lèvre inférieure. Le cancroïde de la lèvre inférieure débute comme tumeur saillante, grenue, à aspect papillaire au début. Il avait, treize fois sur vingt, son siége sur la face externe de la lèvre, soit sur le milieu, soit près d'une des commissures; et, dans ce dernier cas, il s'étendait toujours à la joue. Chez quatre malades, le produit accidentel avait largement envahi le bord libre de la lèvre, deux fois il y avait à peu près son siége exclusif, et une fois il était localisé à la face postérieure de la lèvre. La tendance ulcéreuse est telle dans cette localisation du cancroïde que, douze fois, à des degrés divers, le cancroïde était ulcéré, et plusieurs fois l'ulcère avait fini par acquérir des dimensions très considérables.

Voici maintenant ce que nos relevés nous apprennent au sujet des vingt-deux cas de cancroïde de la face, la lèvre exceptée. Sept fois le siége était au nez, dont trois fois sur l'aile droite, trois fois sur la gauche et une fois au milieu. Six fois les paupières en étaient le point de départ, dont une fois avec destruction telle que les deux yeux avaient disparu. J'ai observé depuis cette époque un cas semblable, dans lequel un des yeux avait subi le

même sort. Cinq fois le cancroïde siégeait à la joue, une fois à la base du nez et à la lèvre supérieure, une fois au front, deux fois à la région temporale. Le nez et les paupières ont donc également une singulière prédilection pour le cancroïde de la face.

Quant au cancroïde de la verge, il y a une distinction importante à établir par rapport au siége, celle de savoir si c'est le prépuce ou le gland qui en est le point de départ. Sur neuf cas, trois fois le siége exclusif était au prépuce, deux fois au gland et au prépuce, trois fois au gland seul avec extension aux corps caverneux dans un cas; enfin, chez un autre sujet, la surface externe du pénis, le gland et le prépuce, étaient couverts de végétations cancroïdes.

Les quatre cas de cancroïde végétant de la vulve étaient répartis de la manière suivante : deux fois les petites lèvres en étaient le point de départ; une fois le mal partait de la petite lèvre gauche, contournait le prépuce du clitoris, et avait fini par envahir toute cette région; une fois, enfin, le mal avait débuté par la face externe de la grande lèvre gauche et avait envahi, dans l'espace de vingt ans, toute la région génitale externe depuis le haut du pubis jusqu'au pourtour de l'anus.

Le cancroïde du tronc et des membres montre une prédilection marquée pour les mains et les pieds. Sur dix cas, trois présentaient, comme siége de la maladie, le dos de la main; trois le pied, dont deux fois le talon. Les quatre cas qui restent étaient localisés à l'épigastre, au dos, sur les parois de la poitrine et à la région pubienne.

Si nous comparons, par rapport au siége, le cancroïde cutané avec le cancer de la peau, nous constatons des différences peu marquées, et bien moins appréciables que celles que nous établirons à propos de sa durée. Sur vingt cas de cancer primitif de la peau, onze avaient leur

siége à la face, six à la lèvre inférieure, trois à la lèvre supérieure, et deux sur les lobes du nez. Les neuf autres cas étaient répartis : quatre sur la verge, trois à la face externe de la vulve, un à la région épigastrique, et un à la peau de la jambe. La face et les organes externes de la génération paraissent donc, comme pour le cancroïde, être le siége de prédilection du cancer de la peau.

4° *Durée.*—La durée du cancroïde cutané est en général beaucoup plus longue que celle du cancer. Si nous prenons la durée moyenne de cinquante observations de cancroïde de la peau jusqu'au moment où nous avons perdu les malades de vue, ou jusqu'à leur mort, soit par suite de l'opération, soit par suite des derniers progrès de la maladie, nous trouvons encore, malgré la durée incomplétement connue dans un certain nombre de ces faits, une moyenne de *six ans et demi.* Des différences notables existent à cet égard selon la localisation du cancroïde. C'est ainsi que les cancroïdes de la lèvre inférieure et de la verge offrent à peu près comme moyenne trois ans 2/5, tandis que pour le cancer de la face, la lèvre exceptée, la durée est de neuf ans 7/12.

La durée moyenne a été la suivante pour chaque espèce de cancroïde :

Cancroïde	de la lèvre inférieure. . .	3 ans 2/5.
—	de la verge.	3 ans 2/3.
—	du tronc et des membres.	8 ans 43/48.
—	de la vulve.	9 ans 1/6.
—	de la face.	9 ans 1/12.

Voici le tableau détaillé de cette durée.

TABLEAU IV.

DURÉE.	CANCROIDE. Lèvre inférieure.	Face.	Verge.	Vulve.	Tronc et membres.	Totaux.	
1 an. . . .	5	»	»	»	»	5	25
2	5	3	2	»	1	11	
3	1	1	1	1	»	4	
4	»	2	»	»	1	3	
5	»	1	1	»	»	2	
6 à 10. . .	3	6	2	1	1		13
11 à 15. . .	1	2	»	»	3		6
16 à 20. . .	»	2	»	1	1		4
21 à 25. . .	»	1	»	»	1		2
Totaux. .	15	18	6	3	8		50

Si nous comparons à ces résultats nos moyennes pour les localisations vraiment cancéreuses, nous arrivons à une première différence considérable, celle de la moyenne générale de dix-huit mois seulement pour le cancer, moyenne qui a varié selon la localisation entre six mois et demi et trois ans et six mois. Il est impossible de ne pas être frappé de cette différence, qui confirme le résultat déjà établi de la différence anatomique et clinique des cancroïdes et du cancer.

5° *Marche.* — Dans plusieurs des observations rapportées plus haut, nous avons seulement effleuré la question de la nature non infectieuse du cancroïde ; il nous reste, sous ce rapport, à établir plus nettement le parallèle entre le cancroïde et le cancer.

Lors de la rédaction de nos derniers travaux sur le cancroïde, nous possédions dix-huit autopsies d'indivi-

dus qui avaient succombé avec cette maladie. Nous pourrions y ajouter deux nouveaux faits aujourd'hui ; mais nous préférons nous en tenir à l'ancienne analyse. Sur ces dix-huit autopsies, quatorze nous appartiennent ; deux sont empruntées à la thèse de M. Mayor sur le cancer épidermique, et deux à l'excellent travail de M. Huguier sur l'esthiomène de la vulve (1).

Dans toutes ces observations, nous constatons l'absence de dépôts secondaires éloignés du siége primitif du mal. Sur les dix-huit cas, douze étaient arrivés au terme naturel de la maladie, tandis que les six autres avaient succombé à la suite des opérations ; mais l'absence de généralisation, dans les uns comme dans les autres, n'est pas moins un fait de la plus haute valeur pathologique. Les dix-huit autopsies étaient réparties de la manière suivante : il y avait sept cas de cancroïde de la lèvre inférieure ; deux d'ulcères chancreux du visage, dont un appartenant à M. Mayor ; quatre de cancroïde de la verge, dont un appartenant au même auteur, et deux observés par moi en commun avec M. Leudet ; quatre de cancroïde de la vulve, dont deux empruntés à M. Huguier ; et enfin un de cancroïde de la main.

Si nous comparons ces résultats avec ceux obtenus pour le cancer de la peau, nous trouvons pour ce dernier, dans nos relevés, neuf cas de généralisation cancéreuse avec point de départ à la surface cutanée ; et si nous comparons cette absence de généralisation dans le cancroïde avec la tendance constante à généralisation du cancer dans son ensemble, d'après notre tableau général de l'infection dans le cancer, nous sommes bien plus frappés de la différence.

Le chiffre moyen d'infection générale avec formation de tumeurs cancéreuses secondaires a été, d'après nos

(1) Voyez le Mémoire de M. le docteur Huguier, dans *Mémoires de l'Académie de médecine*, Paris, 1849, t. XIV, p 501 à 596.

observations, de plus de moitié (0,56), et il a varié entre 0,33 et 0,77, comme le montre l'exposé suivant.

TABLEAU V.

VARIÉTÉS DU CANCER.	Proportion des cas avec infection.
Cancer des os.	0,77
— du foie.	0,75
— des glandes lymphatiques.	0,75
— du sein.	0,71
— des reins.	0,58
— de l'estomac..	0,57
— du testicule.	0,50
— des intestins..	0,50
— du péritoine..	0,50
— de l'utérus..	0,45
— de l'œil.	0,33
— du cerveau.	0,33
Proportion générale. . .	0,56

Les résultats consignés dans ce tableau sont basés sur des matériaux nombreux. Ils ajoutent, il me semble, une nouvelle preuve à la différence que j'ai cherché à établir entre le cancroïde et le véritable cancer. Cette différence sera bien plus évidente encore quand nous aurons dit dans quelles étroites limites et dans quel petit nombre de faits le cancroïde s'est propagé au delà de son siége primitif.

Cette propagation, exceptionnelle et toute locale, s'est faite de deux manières. Tantôt l'extension de proche en proche a atteint les muscles et les os; tantôt elle s'est effectuée par les lymphatiques jusqu'aux glandes corres-

pondantes de la même zone anatomique, mais pas au delà.

Si nous faisons abstraction de l'extension de l'affection cancroïde aux muscles, telle que nous l'avons observée à partir des membranes muqueuses de la langue et du col utérin, il ne nous reste, pour les cancroïdes cutanés proprement dits, que quatre cas, dont trois sont relatifs au cancroïde de la lèvre inférieure. Une fois, dans ces derniers cas, il y avait des dépôts épidermiques secondaires et multiples, disséminés à travers les muscles, et deux fois les couches musculaires étaient atteintes d'une manière diffuse, par continuité. De ces trois cas, et surtout du premier, se rapproche le fait de cancroïde de la verge dont nous avons rapporté l'observation avec détail (Obs. XII), et dans lequel il y avait des lamelles épidermiques multiples et secondaires répandues à travers les corps caverneux à la suite d'un cancroïde cutané de la verge.

La propagation aux muscles a donc existé dans 1/7e des cas de cancroïde de la lèvre inférieure, et dans 1/22e de l'ensemble de nos observations sur le cancroïde de la peau. Il est probable, toutefois, qu'à mesure que l'attention des pathologistes sera fixée davantage sur ce point, des proportions plus considérables ressortiront de l'observation. J'ai constaté le premier cette extension locale avec ses divers modes, et naturellement j'y ai fait moins attention lors de mes premières recherches que plus tard.

Le système osseux peut être atteint de deux façons différentes, dont l'une par propagation rongeante ; c'est celle que j'ai constatée trois fois dans le cancroïde de la face, les lèvres exceptées, extension par ulcération qui, après avoir détruit de proche en proche la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, les parties molles en un mot, a fini par envahir les os du nez et de l'orbite.

La seconde forme constitue plus particulièrement la propagation de la maladie aux os, en ce sens qu'un véritable tissu accidentel, le tissu épidermique, s'infiltre entre les lames de l'os et finit par se substituer à sa propre substance, comme le fait le tissu cancéreux. Nous possédons cinq observations dans lesquelles ce mode d'envahissement a pu être constaté, c'est-à-dire, dans 1/13e des cas. C'est encore le cancroïde de la lèvre inférieure (cette localisation si dangereuse) qui fournit ici le plus fort contingent, quatre fois sur cinq. Parmi ces quatre cas, un seul appartient au maxillaire supérieur, pénétré profondément par le tissu épidermique. Les trois autres se rapportent au maxillaire inférieur. Une fois (chez le sujet de l'observation rapportée plus haut) le mal s'était étendu de haut en bas et avait fait disparaître l'os jusqu'au canal dentaire en substituant la substance épidermique à celle de l'os ; le contenu artériel et nerveux du canal dentaire était respecté. En dehors des faits analysés, nous avons observé un cas analogue tout dernièrement, dans un cancroïde gingival. Le tissu épidermique, dans cet os, était identiquement le même que celui du cancroïde de la lèvre. Une autre fois le maxillaire inférieur avait été envahi de dehors en dedans ; le tissu épidermique y pénétrait dans ce sens, après avoir usé la surface de l'os. Dans le troisième cas, l'os maxillaire inférieur était largement carié, chez un individu qui avait succombé au dernier terme d'un cancroïde de la lèvre inférieure avec vaste ulcération. Les aréoles de cet os carié renfermaient, dans bien des endroits, des grumeaux blanchâtres, entièrement composés d'épiderme. Le cinquième cas d'affection épidermique de l'os est celui d'un cancroïde du talon qui s'était étendu au calcanéum, dont la partie superficielle était, à la lettre, remplacée par du tissu épidermique.

Nous arrivons à l'infection des ganglions lymphatiques.

Avant d'entrer dans quelques détails, nous pouvons ici formuler cette loi qui résulte de toutes nos observations sur ce sujet, à savoir : que *l'infection ganglionnaire, dans le cancroïde, ne dépasse point la zone anatomique des glandes lymphatiques auxquelles viennent aboutir les vaisseaux lymphatiques de la partie malade.*

Abstraction faite de l'infection épidermique des ganglions lymphatiques dans le cancroïde de la langue, nous l'avons observée quatre fois dans le cancroïde cutané, dont une fois dernièrement et en dehors des soixante-cinq observations analysées. Nous aurions donc ainsi la proportion de 1/16ᵉ à peu près.

Ces quatre cas étaient répartis de la manière suivante : deux fois c'étaient les ganglions sous-maxillaires et sous-linguaux dans des cancroïdes de la lèvre inférieure ; une fois les glandes inguinales dans un cas de cancroïde de la verge, et une fois les ganglions épitrochléens et ceux de l'aisselle, dans un cas de cancroïde du dos de la main.

Nous devons rappeler, l'autopsie ayant été faite dans ces cas, que les ganglions, non seulement n'étaient point affectés plus loin que la zone anatomique, mais qu'il n'existait nulle part ailleurs de dépôts épidermiques. Nous avons discuté dans un autre travail le mode de propagation de l'affection épidermique aux glandes, nous n'avons pas par conséquent à y revenir longuement ici.

Nous devons dire quelques mots à propos des récidives après l'opération des cancroïdes. Nous avons observé des récidives fréquentes après l'extirpation de cancroïdes de la lèvre inférieure et de la verge, à cause de la dissémination de la maladie à travers les parties voisines, et sa propagation surtout aux glandes lymphatiques. Mais un point capital fait distinguer la récidive cancroïde de la récidive cancéreuse. La première a toujours lieu sur place et dans le proche voisinage de l'opération ; tandis que dans le cancer, non seulement les récidives éloignées ne sont

pas rares, mais même, au bout d'un certain temps de durée, l'apparition de tumeurs éloignées du siége primitif de la lésion, est dans la marche naturelle de la maladie. D'un autre côté, nous connaissons des guérisons radicales et complètes du cancroïde, tandis que nous n'en connaissons pas une seule pour le véritable cancer. Bien que, sur les soixante-cinq malades atteints de cancroïde cutané, nous en ayons perdu un bon nombre trop tôt de vue pour porter un jugement définitif sur le résultat des opérations, bien que les récidives sur place n'aient point été rares dans les faits recueillis par nous, nous ne possédons pas moins de neuf faits, sur soixante-cinq, dans lesquels une guérison complète paraît avoir été obtenue. Plusieurs de ces cas ont été déjà communiqués avec détails, nous les rappellerons sommairement ici. Ce sont : deux cas de cancroïde de la lèvre inférieure, l'un guéri depuis dix ans, l'autre depuis quatre ans sans récidive ; deux cas de cancroïde de la verge, l'un guéri depuis cinq ans, l'autre depuis trois ans ; cinq cas enfin de cancroïde de la face, dont trois observés à l'hospice de la Salpêtrière. Chez l'une des malades, la guérison datait de cinq ans lorsque nous l'avons perdue de vue ; chez la seconde elle était encore complète après bientôt quatre ans, lors de nos dernières investigations ; chez la troisième elle s'était soutenue pendant huit ans lorsqu'en 1849 elle a succombé au choléra. Enfin deux dames, que nous avions opérées en Suisse pour des cancroïdes de la face, étaient guéries depuis sept et neuf ans, lors de notre dernier recensement statistique de ces maladies.

Pour résumer notre pensée, nous dirons que, tout en séparant franchement le cancroïde du cancer, nous ne le regardons pas pour cela, ainsi que nous l'avons dit en commençant, comme une affection bénigne. Un mal qui peut récidiver après des opérations suffisamment étendues, qui peut atteindre de proche en proche les muscles

et les os, qui peut infecter les glandes lymphatiques voisines n'est point, à coup sûr, un mal de peu de gravité ; mais outre les différences de structure et de marche clinique, une différence fondamentale sépare les deux maladies : le cancroïde est une maladie locale, qui peut s'étendre sur place, résister aux moyens de traitement et faire de grands ravages, mais une maladie toujours locale ; tandis que le cancer est d'emblée une maladie générale et à tendance infectieuse de l'économie tout entière, comme toutes nos recherches sur ce point l'ont démontré. Aussi le cancroïde est-il curable ; tandis que le cancer, malheureusement, ne l'est point dans l'état actuel de la science.

Paris. — Imprimerie de L. MARTINET, rue Mignon, 2.

